



УКРАЇНА

(19) UA (11) 60120 (13) A

(51) 7 A61M1/36

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА ВИНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД  
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ  
ВЛАСНИКА  
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

1

2

(21) 2003020907

(22) 03 02 2003

(24) 15 09 2003

(46) 15 09 2003, Бюл. № 9, 2003 р.

(72) Бондар Григорій Васильович, Сєдаков Ігор  
Євгенович, Смирнов Віталій Миколаєвич, Бутенко  
Євген Вікторович, Алієва Светлана Октаєвна

(73) Бондар Григорій Васильович

(57) 1 Спосіб лікування метастатичних ускладнень  
раку молочної залози, який включає гормональну,  
променеву і паліативну внутрішньоартеріальну  
поліхіміотерапію шляхом введення хіміопрепаратів  
у басейн внутрішньої грудної артерії за допомогою  
катетеризації її через верхню епігастральну ар-  
терію, який відрізняється тим, що забезпечує  
локальний вплив хіміопрепаратами безпосередньона метастатичні осередки у плеврі, шкірі передньої  
грудної стінки, парастернальні, надключичні  
лімфовузли і вузли середостіння, при цьому  
поліхіміотерапію здійснюють за схемою CMF, але  
разові і курсові дози подвоюють, виконуючи пере-  
розрахунок їх у залежності від показників перифе-  
ричної крові і загального стану хворого з викори-  
станням, відповідно, коефіцієнта перерозрахунку в  
межах 1,8-2,02 Спосіб лікування метастатичних ускладнень  
раку молочної залози за п. 1, який відрізняється  
тим, що у 1-й, 4-й, 7-й день внутрішньоартеріально  
вводять циклофосфан сумарно 1-1,2 г/м<sup>2</sup>, у 2-й, 5-  
й, 8-й день - метотрексат у сумарній дозі 70-80  
мг/м<sup>2</sup>, а на 3-й, 6-й і 9-й день вводять 5-  
фторурацил у сумарній дозі 1-1,2 г/м<sup>2</sup>

Винахід належить до медицини, а саме до он-  
кології і спрямований на паліативне лікування ме-  
тастатичних ускладнень раку молочної залози  
(РМЗ)

Як відомо, успішне лікування РМЗ можливе на  
ранніх стадіях хвороби, коли пухлина розвиваєть-  
ся на обмеженій ділянці залози або, в усякому  
разі, не виходить за межі органа і найближчого  
колектора лімфатичних вузлів. У більшості ж хво-  
рих рано чи пізно починається генералізація про-  
цесу - з'являються віддалені метастази, розвива-  
ються місцеві або регіонарні рецидиви. При цьому  
настає прогресування хвороби, яке супроводжу-  
ється дисемінацією пухлинних метастазів, руйну-  
ванням і стисненням життєво важливих органів і  
тканин, болями, порушенням важливих функцій  
організму і його виснаженням. Найчастіше мета-  
стази у хворих після мастектомії виявляються у  
лімфатичних вузлах, кістках, легенях, плеврі, печі-  
нці і у шкірі на передній грудній стінці, причому  
найчастіше в області післяопераційного рубця.  
Одним з найсерйозніших і болючих проявів гене-  
ралізації раку молочної залози, які впливають на  
погіршення якості життя хворих, є метастазування  
у плевру, яке тягне за собою виникнення ексуда-  
тивних плевральних випотів. На думку більшості  
авторів, злоякісний плевральний випліт частіше

розвивається перші три роки після проведеного  
лікування

Спеціальне лікування метастатичних плеври-  
тів, як і інших генералізованих форм злоякісних  
новоутворень, має усього піввікову історію, тому  
що почало розвиватись лише з появою хіміопре-  
паратів. До 60-х років минулого сторіччя хворим з  
метастатичним випотом у плевральну порожнину  
практикувалось проводити торакоцентез відпові-  
дно до темпів накопичення рідини, що ненадовго  
полегшувало загальний стан хворих і було чисто  
симптоматичним методом, яке не сприяло як сут-  
тєвому полегшенню якості життя хворого, так і  
лікуванню основного захворювання. У подальшо-  
му з'явилися способи монохіміотерапії хворим із  
злоякісним плевральним випотом.

Так, відомий спосіб [Дымарский Л. Ю., Бавли  
Я. Л. Влияние послеоперационной химиотерапии  
на частоту и сроки появления метастазов при  
раке молочной железы — М. Медицина — 1974  
— С 271 - 272], за яким у моно режимі внутрішньо-  
плеврально вводили ТіотЕФ, або циклофосфан  
після евакуації плевральної рідини.

Відомі також способи сполученої внутрішньо-  
плевральної і системної поліхіміотерапії з викори-  
станням 5-фторурацилу, цисплатину, ендоксану,  
ембіхіну, тіофосфаміду. Як було доведено, прове-

(19) UA (11) 60120 (13) A

дення локальної і системної поліхіміотерапії потенціє ефект. Так, відомий спосіб [Возный Э К, Буянов С С, Мерещакова Н Г. Лечение метастатических плевритов при раке молочной железы // Маммология — 1993 — № 2], згідно з яким лікування пухлинного плевриту починали з плевральної пункції і максимальної евакуації рідини, потім вводили етопозит у разовій дозі  $160\text{мг/м}^2$ , повторюючи введення на 2-гу і 5-ту добу при сумарній дозі на курс лікування  $480\text{мг/м}^2$ . Паралельно пацієнт одержував системну поліхіміотерапію фарморубіцином, циклофосфаном і везпидом. Кількість курсів спеціального лікування складала від 2 до 4.

Відомий також спосіб [Думанский Ю В, Смирнов В Н. Лечим рак молочной железы // Медицинская газета «Medicus Amicus», 2002, № 6 — С 7]. Лікування злоякісних плевральних випотів, згідно з яким хворим з метастатичним плевритом раку молочної залози внутрішньоплеврально, після максимальної евакуації екссудату, вводять 15 - 20 мг мптоксантрону. Одержаний повний ефект (тобто осушення плевральної порожнини без подальшого накопичення злоякісного плеврального випоту протягом двох місяців) у 78% хворих, у 22% - частковий, при цьому річне виживання складало 67% хворих. Прогресування захворювання відзначено у 27% хворих у середньому через 1 рік, але метастатичні осередки мали іншу локалізацію і належали до керованих метастазів.

Основним недоліком відомих способів-аналогів є те, що віддалені результати обмежуються визначенням однорічного виживання хворих після проведення системної і внутрішньоплевральної хіміотерапії, які свідчать про недостатню їх ефективність. Загальною причиною недоліків перерахованих чисто симптоматичних способів лікування є те, що не враховувалась причина утворення пухлинного плевриту - метастатичні осередки, які при описаних методиках залишались не пошкодженими, даючи можливість подальшої генералізації злоякісного процесу.

На сучасному етапі розвитку науки суттєво переглянуті підходи до вибору схем лікування РМЗ у залежності від стадії пухлинного процесу. Якщо раніше при лікуванні раку молочної залози рекомендували в основному хірургічне лікування, то за останніми даними, найкращі показники 5-річного виживання у цих стадіях одержують при доповненні хірургічного лікування подальшою променевою терапією. При більш пізніх стадіях на сьогодні рекомендовано застосовувати увесь арсенал існуючих засобів. Виявилось, що для лікування місцеворозповсюдженого процесу молочної залози не досить лише місцево-регіонарного впливу на пухлину променевою терапією, які є доповненням оперативного лікування. У комплекс лікувальних заходів необхідно включати методи загальної дії, а саме - хіміо- і гормонотерапію.

Нову главу патогенетичної терапії новоутворень, зокрема, раку молочної залози, відкрили можливості впливу на перебіг деяких пухлин за допомогою регіонарної поліхіміотерапії. Основним аргументом на користь застосування методів внутрішньоартеріальної хіміотерапії є широко розповсюджена думка про можливість посилення протипухлинних властивостей препарату при

підвищеній його концентрації в пухлині. Дослідження показали, що кількість пошкоджених ракових клітин прямо пропорційно тривалості контакту між препаратом і пухлиною. Тривале введення хіміопрепарату у живильну артерію дозволяє підтримувати в ураженому органі високу концентрацію лікарської речовини протягом тривалого часу, надавати впливу на покоління ракових клітин, по мірі переходу їх на чутливу до хімічного агента фазу, що призводить до гибелі максимальної кількості пухлинних клітин.

Відомі способи лікування раку молочної залози шляхом внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії, спрямовані на утворення часових високих доз цитостатиків у певному регіоні, включаючому пухлину і зону її метастазування, які включають введення катетера у підключичну артерію на боці ураження через внутрішню грудну артерію на рівні 2 - 3 міжреберного проміжку, грудноакроміальну артерію і патеральну артерію груді, шляхом виділення кожної з них, за показаннями, з окремого доступу, перев'язки дистального кінця і введення катетера через проксимальний кінець з подальшим проведенням у підключичну артерію до її початку від плечоголового ствола, введення через катетер окремих цитостатиків і їх сполучень фракціями або капельними тривалими курсами [Гаспарян С А, Остоверхов Г Е, Трапезников Н Н. Регионарная длительная внутриартериальная химиотерапия злокачественных опухолей — М Медицина, 1979 — С 117 - 124]. Недоліки цих відомих способів лікування раку молочної залози полягають у тому, що при запальних формах раку молочної залози (тобто, при місцеворозповсюджених формах раку, які і потребують регіонарної внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії) відсутні візуальні і пальпаторні фактори межі між розповсюдженням пухлини і здоровою тканиною, основні стовпи цих артерій розміщені у зонах регіонарних лімфатичних колекторів, внаслідок чого розрізи шкіри і м'яких тканин у проекціях, згаданих артерій можуть пролягати через уражену пухлинну зону, а стовпи артерій можуть бути розташовані у конгломераті метастатично уражених лімфатичних вузлів. До того ж, після оперативного втручання і опромінення на боці ураження утворюються щільні рубці, що ускладнює виділення згаданих артерій і проведення катетера, а у 5,7% випадків робить проведення катетера неможливим, у 18,3% - викликає ускладнення. Як відзначають самі автори, у 27% хворих результати лікування виявляються незадовільними [Гаспарян С А, Остоверхов Г Е, Трапезников Н Н. Регионарная длительная внутриартериальная химиотерапия злокачественных опухолей — М Медицина, — 1970 — С 162, 178].

Відомий також спосіб лікування раку молочної залози [Гаспарян С А, Остоверхов Г Е, Трапезников Н Н. Регионарная длительная внутриартериальная химиотерапия злокачественных опухолей — М Медицина, — 1970 — С 123 - 124], який включає проведення внутрішньоартеріальної регіонарної поліхіміотерапії шляхом введення катетера у підключичну артерію через глибоку артерію плеча. При цьому, глибоку артерію плеча виділяють з продовженого розрізу по медіальній поверхні

верхньої третини плеча після препаровки судинно-нервового пучка, де у середину від серединного нерва і назовні від локтєвого розташована плечова артерія, у свою чергу від якої відходить глибока артерія плеча. Виділяють глибоку артерію плеча на протязі 4 - 4,5 см, утримуючи її на лігатурі, надсікають стінку ствола артерії, і проводять катетер ретроградно уверх через плечову, пахову і підключичну артерію до місця відходження внутрішньої артерії і цито-шийного ствола, фіксують катетер на шкірі плеча, пошарово зашивають розріз і виводять через катетер протипухлинні, хіміотерапевтичні препарати.

Недолики цього відомого способу полягають у тому, що виділення глибокої артерії плеча травмує судинно-нервовий пучок, зміщення верхньої кінцівки змінює положення катетера, що призводить до тривалого спазму верхньої кінцівки і утворенню тромбів.

Відомий також спосіб лікування раку молочної залози (Патент України № 15003, А61 В 17/00, Бюл. № 3, 1997), який включає введення катетера безпосередньо у внутрішню грудну артерію під час радикальної мастектомії інтраопераційно, для чого виділяють перфорантні піпки внутрішньої грудної артерії (ВГА) у товщі великого грудного м'яза перед її відсіченням у проекціях П-1У міжреберних проміжків, проводять через одну з них катетер в основний ствол внутрішньої грудної артерії і проводять курси регіонарної хіміотерапії.

Однак, незважаючи на безперечно високу ефективність вказаного аналога (який дозволяє забезпечити транспортування протипухлинних препаратів безпосередньо у басейн внутрішньої грудної артерії, а тим самим безпосередньо до органа-мішені і до місця розташування парастернальних лімфовузлів), цей спосіб може бути використаний лише під час мастектомії. Його неможливо виконати у хворих з неоперабельним місцево-розповсюдженим раком молочної залози. При цьому традиційний доступ до басейна ВГА обмежений внаслідок пухлинного набряку і пухлинної інфільтрації цієї зони, тобто в силу неоперабельності процесу.

Відомий спосіб лікування раку молочної залози [патент України № 29318, МПК А61 В17/00, опуб. Б 5 - 11, 16.10.2000р.], який включає неоад'ювантні курси внутрішньоартеріальної терапії, променевої терапії, ад'ювантні і лікувальні курси внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії, згідно з яким катетер вводять у внутрішню грудну артерію через верхню епігастральну артерію, попередньо перев'язавши її дистальний кінець. Спосіб обраний за прототип, як найближчий до розв'язуючої задачі, а саме - забезпечує можливість транспортування хіміопрепаратів як безпосередньо до органа-мішені, так і у зони регіонарного метастазування, тобто у басейн ВГА. Спосіб-прототип дозволяє здійснювати комплексне лікування хворих з місцево-розповсюдженим раком молочної залози і місцевих його метастазів, однак, не завжди забезпечує максимальний клінічний ефект, оскільки відсоток виникнення метастатичних ускладнень після проведеного лікування у віддаленому періоді залишається досить високим.

Винахід розв'язує задачу досягнення максимального клінічного ефекту при лікуванні метастатичних ускладнень генералізованих форм РМЗ поперше, шляхом впливу на безпосередню причину, тобто за допомогою підведення поліхіміопрепаратів у басейн ВГА і регіонарного впливу безпосередньо на метастатичні осередки у плеврі, шкірі передньої грудної стінки, парастернальні, надключичні вузли і вузли середостіння, а крім того за рахунок внутрішньоартеріального введення забезпечена можливість збільшення дози ХП, які вводять, без підвищення загальної токсичності хіміотерапії.

Поставлена задача розв'язується тим, що разові і курсові дози хіміопрепаратів подвоюють, виконуючи розрахунок їх у залежності від показників периферичної крові і загального стану хворого з використанням відповідно коефіцієнту перерозрахунку дози ( $K_{\text{кр}}$ ) в межах 1,8 - 2,0, при цьому у 1-й, 4-й, 7-й день вводять циклофосфан сумарно 1 - 1,2 г/м<sup>2</sup>, у 2-й, 5-й, 8-й день - метотрексат у сумарній дозі 70 - 80 мг/м<sup>2</sup>, а на 3-й, 6-й і 9-й день вводять 5-фторурацил у сумарній дозі 1 - 1,2 г/м<sup>2</sup>.

Новизна способу полягає у тому, що подвоєння дози хіміопрепаратів (крім того підведення у басейн ВГА, тобто безпосередньо до метастатичних осередків) дозволяють значно підвищити ефективність впливу хіміопрепарату відповідно до сучасної концепції про прямо пропорційну залежність ефективності лікування і високої концентрації введеного агента.

Саме завдяки внутрішньоартеріальному способу введення з вибором оптимального доступу до артеріїв, які кровопостачають молочну залозу, одержана можливість максимального захисту здорових органів і тканин від цитотоксичних речовин при одночасному забезпеченні тривалого контакту між подвоєною дозою хімічного агента і пухлинними метастазами, необхідність якого зумовлена асинхронністю ділення ракових клітин, внутрішньоартеріальне введення хіміопрепаратів дозволило підвищити концентрацію препарату у регіонарних тканинах у порівнянні з внутрішньовенним введенням тих же доз. Таким чином, поставлена задача, розв'язана завдяки запропонованій сукупності ознак технічного рішення, які взаємно зумовлюють плануючий ефект.

Спосіб здійснюється таким чином.

Під внутрішньовенним знеболенням виконують косий розріз шкіри (відповідно на правому або лівому боці) паралельний до хрящів УШ-Х ребер, які утворюють дугу, від мечовидного відростку на 5 - 6 см. Розкривають передню пластинку піхви прямого м'яза живота уздовж, відділяють її гостро від першої сухожильної перемички. М'язові волокна розділяють уздовж їх напрямку, розводять в сторони і знаходять ствол верхньої епігастральної артерії, який розташований на задній пластинці піхви прямого м'яза живота. Ствол верхньої епігастральної артерії виділяють на протязі 2 - 3 см, перев'язують дистальний кінець, підводять під ствол металеву площадку з прорізом, фіксують судину у прорізі, надсікають стінку у попереку пополам і вводять в отвір катетер, який проводять у проксимальному напрямку до рівня 1-го міжреберного проміжку, відстань до якого вимірюють у хворого

попередньо Катетер фіксують до стінки артерії 2 - 3 лігатурами, після чого вводять через катетер фарбу (метиленовий синій) і спостерігають за зоною забарвлення шкіри передньої грудної стінки - перевіряють зону інфузії хіміопрепарату. Вільний кінець катетера виводять на поверхню шкіри проколом голкою Дюфо поруч з розрізом, який ушивають пошарово. Вставляють вільний кінець катетера у пристрій-заглушку, промивають їх розчином гепарину 5000 од на 10,0 фізіологічного розчину.

Для катетеризації використовують поліхлорвініловий катетер, зовнішній діаметр якого 1 - 1,2 мм. Курсову дозу хіміопрепаратів розраховують за загальноприйнятими стандартами з використанням їх введення у режимі безперервно триваючої інфузії протягом 6 - 8 годин на добу, що досягають використанням дозатора лікарських речовин, який дозволяє вводити добову дозу препарату згідно із заданим режимом. Після введення хіміопрепаратів пристрій-заглушку і катетер промивають розчином гепарину 5000 од на 10,0 фізіологічного розчину.

Приклади конкретного використання способу

1. Хвора К., 52 роки, історія хвороби № 45617.

У 1998 р. одержала комбіноване лікування у Донецькому обласному протипухлинному центрі (ДОПЦ) з приводу раку молочної залози, Пб стадія, П кл. група. Повторно поступила у ДОПЦ у жовтні 2002 р. з діагнозом: рак лівої молочної залози, продовження захворювання, лівосторонній метастатичний плеврит.

Об'єктивно: стан середнього ступеня тяжкості, скарги на задишку у спокої, слабкість, сухий непродуктивний кашель, виснажливий кашель. При рентгенографії органів грудної клітки тінь серця, права легень без особливостей, а у лівій плевральній порожнині візуалізується рідина, рівень якої досягає четвертого міжребер'я.

Загальний аналіз крові: ЕР - 3,6т/л, Нб - 138г/л, Л - 3,5г/л, ШОЕ - 20мм/год.

Хворій виконаний торакоцентез лівої плевральної порожнини, евакуйовано 450мл геморагічного ексудату.

Цитологічні дослідження № 17908-12 у препараті елементи залозистого раку.

Загальний стан пацієнтки покращився після торакоцентезу, оцінений як задовільний, скарги на задишку і слабкість припинились. Прийнято рішення про проведення лікування за заявленим способом.

Виконана катетеризація внутрішньої грудної артерії (ВГА) через верхню надчеревну артерію. Проведений курс селективної внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії (ВПХТ) за схемою CMF, але із збільшенням загальноприйнятих разових і курсових доз препаратів шляхом використання коефіцієнта перерозрахунку у залежності від загального соматичного стану і стану периферичної крові, тобто, у зв'язку з тим, що хіміопрепарати (ХП), які використовуються, можуть спровокувати лейкопенію, а у хворої їх кількість наближується до нижньої межі норми, була обрана величина коефіцієнта перерозрахунку, що дорівнює 1,8. Сумарно хвора одержала циклофосфан - 1,0г, метотрексат - 70мг, 5-фторурацил - 1,0г. Курс лікування був проведений протягом 9 днів і відповідно до заявленого способу.

По закінченню курсу селективної ВПХТ виконана контрольна рентгенографія органів грудної клітки: у лівій плевральній порожнині вільна рідина не визначалась. Токсичність проведеного курсу ВПХТ оцінена в один бал - спостерігалась нудота, яка не потребувала медикаментозної корекції, лейкопенія не була відзначена.

Контрольний огляд через 3 тижні: стан задовільний, скарги на задишку не пред'являє. При рентгенографії легень плевральних нашарувань, рідини не виявлено. Хворій проведено ще два курси ВПХТ за заявленою методикою з використанням коефіцієнта перерозрахунку доз, що дорівнює 1,8. Контрольний огляд через 6 місяців: стан задовільний, скарги на задишку, кашель не пред'являє, при рентгенографії органів грудної клітки рідина у плевральній порожнині не визначається.

Приклад 2.

Хвора С., 63 роки, історія хвороби № 39087.

У 1999р. в Маріупольському пухлинному диспансері одержала комбіноване лікування з приводу раку правої молочної залози. Ша стадія, П кл. група. Госпіталізована у вересні 2002 року в ДОПЦ з діагнозом: рак правої молочної залози, Ша стадія, продовження захворювання - внутрішньошкірні метастази у зоні післяопераційного рубця.

Об'єктивно: стан задовільний, загальносоматичний статус без особливостей.

Загальний аналіз крові: ЕР - 4,2т/л, Нб - 148г/л, Л - 5,2г/л, ШОЕ - 30мм/год.

Місце хвороби: у медіальній і середній третині післяопераційного рубця виявлені просовидні внутрішньошкірні новоутворення у кількості 9, розмірами 0,3 - 0,5см, безболісні, рожевого кольору. Хвора обстежена по органах і системах - віддалених метастазів не виявлено. Виконана пункційна біопсія в/ш метастазів. Цитологічне дослідження № 4856-61 у препараті елементи залозистого раку.

У плані паліативного комплексного лікування виконували катетеризацію ВГА через верхню епігастральну артерію для проведення регіонарної ПХТ за заявленим способом. У зв'язку з початковими показниками крові, а саме Л - 5,2г/л і задовільним соматичним станом, був обраний коефіцієнт перерозрахунку доз, який дорівнює 2, таким чином, хвора одержала сумарно циклофосфан - 1,2г, метотрексат - 80мг, 5-фторурацил - 1,2г.

По завершенні курсу ХТ кількість внутрішньошкірних метастазів зменшилась кількісно до 5 і у розмірах до 0,2 - 0,3. Після проведення ще двох курсів ВПХТ за заявленою методикою поспідовно і з інтервалом в 21 день між курсами. Після проведеного лікування внутрішньошкірні метастази не виявляються.

При проведенні курсів ВПХТ за заявленим способом і з указаним коефіцієнтом перерозрахунку доз ( $K_{\text{д}} = 2$ ) нудота, лейкопенія не були зареєстровані, відзначалась незначна нудота, загальна слабкість. Токсичність використовуваної схеми лікування оцінена в один бал.

За заявленим способом проліковано 12 хворих з метастатичними плевритами і 43 - з рецидивами раку у зоні післяопераційного рубця і внутрішньошкірними метастазами.

Переваги заявленого способу підтверджують-

ся аналізом історій хвороби 54 пацієнток, які знаходились на лікуванні в Донецькому обласному протипухлинному центрі в період з 1997 по 2002рр з діагнозом - рак молочної залози, продовження хвороби, метастатичний плеврит. У плані паліативного комплексного лікування 12 хворим проведена внутрішньоартеріальна селективна поліхіміотерапія, 17 пацієнток проліковано за допомогою ендолімфатичної хіміотерапії і 25 хворих одержували системну і внутрішньоплевральну поліхіміотерапію.

Застосування регіонарної поліхіміотерапії дозволило зменшити кількість проводячих курсів спеціалізованого лікування, в середньому - 1,5 у порівнянні з використанням ендолімфатичної, системної і внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії, в середньому, відповідно, 3,1 і 2,6 курси, до досягнення загального об'єктивного ефекту. У хворих, які одержували внутрішньоартеріальну поліхіміотерапію, загальний об'єктивний ефект був відзначений у 100% випадків, у тих, що одержували ендолімфатичну поліхіміотерапію, - у 70,5% випадків, і у

пацієнток, яким застосовувалась системна і внутрішньоплевральна поліхіміотерапія, - відзначений у 64% випадків.

Використання регіонарної поліхіміотерапії в басейні внутрішньої артерії для лікування раку молочної залози, ускладненого метастатичним плевритом, дозволило підвищити трьохрічне виживання 88,2% хворих, у порівнянні з результатами лікування хворих за допомогою ендолімфатичної поліхіміотерапії - 57,5%, системної і внутрішньоплевральної - 32,5%.

Застосування внутрішньоартеріальної селективної поліхіміотерапії у паліативному комплексному лікуванні хворих на рак молочної залози, ускладнений метастатичним плевритом, об'єктивно підвищило якість життя пацієнток дослідної групи за рахунок зменшення кількості виконаних плевральних пункцій і проведених курсів хіміотерапії, при використанні препаратів першої лінії (Додаток табл. 1, 2, 3).

Таким чином, як видно з таблиць, перевага заявленого способу безперечна.

Таблиця 1

Порівняльна таблиця кількості курсів ПХТ у залежності від способу введення ХП

	Кількість проведених курсів поліхіміотерапії								Усього курс
	1	2	3	4	5	6	8	Кільк кур у серед	
РПХТ	10 (10)	-	1(3)	-	1(5)	-	-	1,5	18
ЕлПХТ	3(3)	2(4)	5(15)	5(20)	1(5)	1(6)	-	3,1	53
ПХТ	8(8)	7(14)	6(18)	1(4)	1(5)	1(6)	1(8)	2,6	63

Таблиця 2

Ефективність проведеного лікування у досліджуваній та контрольній групах

	Об'єктивний ефект						Без ефекту		Усього	
	загальний		повний		частковий					
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Досліджувана група РПХТ	12	100	7	58,3	5	41,7	-	-	12	100
Контрольна група ЕПХТ	12	70,5	4	23,5	8	47	5	29,5	17	100
Контрольна група ПХТ	16	64	8	32	8	32	9	36	25	100