

## ІСТОРИОГРАФІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ СХЕМ ХІМІОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ЛІМФОГРАЛЕМАТОЗ

*Матушак М.Р. \*, Панфілова Г.Л. \*\**

\*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

\*\*Національний фармацевтичний університет, м. Харків

Ефективне лікування хворих на лімфогранулематоз (ЛГМ) постає на даний час як актуальна проблема, тому що вчасно пролікована хвороба дозволяє суттєво з'економити ресурси охорони здоров'я та підвищити п'ятирічний рівень виживаності таких пацієнтів.

Мета дослідження – проаналізувати історичні аспекти застосування різних схем хіміотерапії ЛГМ. У дослідженні використовувалися дані спеціальної літератури за комплексом питань, що стосуються організації та проведення хіміотерапії у хворих на ЛГМ.

ЛГМ був описаний ще у 1832 р. Томасом Годжкіним. З моменту першого опису клінічних випадків розвитку ЛГМ пройшло чимало часу, однак сама патологія по деяких аспектах її розвитку, клінічної картини протікання та наслідків до нині залишається предметом наукових дискусій та досліджень. Незважаючи на значні досягнення сучасної медицини та наявність значної кількості протипухлинних препаратів, які використовуються у терапії онкогематологічних патологій проблема ефективного лікування ЛГМ залишається на даний час відкритим питанням. У минулому столітті у лікуванні ЛГМ знайшли своє широке використання схеми поліхіміотерапії, що містили 4-ри найменування протипухлинних препаратів Це – за міжнародною непатентованою назвою (МНН) доксорубіцин, блеоміцин, вінбластин, дакарбазин. У відповідності до рекомендацій, що представлені Європейським товариством медичної онкології (ESMO) на ранніх стадіях розвитку патологічного процесу зі сприятливим прогнозом достатнім є дотримання 2-х курсів поліхіміотерапії (ПХТ) за схемою АВVD і наступною променевою терапією (ПТ) в дозі 30 Гр. У подальшому стратегія та тактика лікування хворих на ЛГМ залежить від дії цілого комплексу факторів, серед яких чутливість пухлини до проведеної хіміотерапії є найважливішим. Так, лікарями використовувалися наступні схеми: МОРР (ембіхін по 6 мг/м<sup>2</sup> в/в у 1-й і 8-й дні, вінкрисин за МНН – 1,4 мг/м<sup>2</sup> в/в у 1-й і 8-й дні, прокарбазин –100 мг/ м<sup>2</sup> внутрішньо з 1-го по 14-ий дні, преднізолон 40 мг/м<sup>2</sup> внутрішньо з 1-го по 14-й дні); СОРР (циклофосфамід, вінкрисин, прокарбазин, преднізолон); АВVD (доксорубіцин, блеоміцин, вінбластин, дакарбазин). Саме завдячуючи використанню вище представлених схем хіміотерапії ЛГМ перейшов із групи важко виліковних до виліковних онкологічних патологій.

На початку 90-х років науковцями із Німеччини було запропоновано нову концепцію лікуванні рефрактерних форм ЛГМ, реалізація якої передбачала використання ВЕАСОРР-базової і ВЕАСОРР-ескальованої терапії. Схема ВЕАСОРР була розроблена групою науковців, що досліджувала ЛГМ з використанням таких же препаратів як і в схемі СОРР/АВVD, але без вінбластину й декарбазину проте з додаванням етопозиду і доксорубіцину. При цьому, додавання препаратів було обґрунтовано необхідністю підвищення лікування у наслідок впровадження інтенсивних схем та доз протипухлинних препаратів. До складу схеми ВЕАСОРР входять блеоміцин, етопозид, доксорубіцин, циклофосфан, вінкрисин, прокарбазин і преднізолон У літературі є дані з застосування у лікуванні ЛГМ ще так званих «гібридних» схем поліхіміотерапії, наприклад, МОРР/АВVD.

Так можна стверджувати, що основні успіхи, що були пов'язані з використанням різних схем поліхіміотерапії у лікуванні ЛГМ ні в кого не викликають сумніву. Так, показник п'ятирічної виживаності пацієнтів на ранніх стадіях розвитку патологічного процесу останні 50 років збільшилась з 5,0% у 40-рокам минулого століття, 60,0% – наприкінці століття та до 90,0% у 2000-х роках. Це важливий показник ефективності лікуванні хворих на ЛГМ.