

В.В. ПАЛАМАРЧУК, Л.В. КЛЮЗКО

НОВА ФОРМА СТЕРОЇДНОЇ ПРОТИДІ В ЛОР-ОНКОЛОГІЇ.

ПОВІДОМЛЕННЯ 1

*Ин-т отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка АМНУ
(дир. – чл.-кор. АМН України, проф. Д.І. Заболотний)*

Кортикоїди – найсильніші протизапальні речовини, які є в медицині. Глюкокортикостероїдами називаються фізіологічні гормони кори наднирників, які діють, в першу чергу, на обмін глюкози, тобто кортизол і кортикостерон.

Всі ефективні кортикоїди мають однакову фармакодинаміку. Для системної терапії, особливо для тривалого лікування, потрібно застосовувати препарати з обмеженою кумулюючою дією. Стандартними кортикоїдами вважаються преднізон і преднізолон.

Поява нової ректальної форми глюкокортикоїдного препарату, який значно знижує ризик розвитку тяжких ускладнень хіміотерапії і не має нефро- та гепатотоксичної дії, є альтернативним шляхом до поліпшення стану та якості життя пацієнтів із злоякісними новоутвореннями.

Крім того, використання нової ректальної форми стероїдного препарату у комбінації з антиеметичними (антиблювотними) препаратами комбінованої дії веде до підвищення ефективності останніх, що призводить до поліпшення стану хворого.

При застосуванні ректального стероїдного препарату відсутній ульцерогенний та гепатотоксичний ефект, який пов'язаний з пероральним прийомом глюкокортикоїдів, і відсутня необхідність призначення препаратів “терапії супроводу”.

Відсутність гіпертензивної дії, яка завжди викликається пероральним прийомом глюкокортикоїдів, та можливість не призначати антигіпертензивні препарати знижують собівартість всього циклу хіміотерапії.

На фоні прийому ректальної форми стероїдного препарату цитотоксична дія поліхіміотерапії зменшується за рахунок ста-

більної кількості лейкоцитів, особливо нейтрофілів.

Принципи дозування:

- Дозування залежить від виду і ступеня захворюваності, а також реакції пацієнта. Звичайно починають з відносно високої дози, а коли препарат почне діяти, дозу поступово зменшують.

- Величина початкової дози залежить від гостроти і поширення запального процесу. Чим складніше і гостріше перебіг захворювання, тим вищою повинна бути доза, чим більш повільний процес – тим вона нижче.

- Підтримуюча доза при хронічних захворюваннях повинна бути мінімально ефективною. Вона різна в залежності від характеру пухлини в кожному індивідуальному випадку, але все ж, виходячи з останнього досвіду застосування, вона нижча, ніж передбачалось раніше (низькодозована терапія).

- При одночасному призначенні інших медикаментів може виникнути взаємодія, внаслідок чого можлива зміна дози.

- Тривалість лікування хворих з новоутворенням залежить від перебігу захворювання; гострий перебіг потребує, частіше за все, короткострокової, а повільний – тривалої терапії.

Підтримуючою дозою називається найменша доза, яка ефективна в кожному конкретному випадку, для тривалої терапії. При цьому межі досягають тільки зниженням по 0,5 мг преднізолону. В тяжких випадках, особливо при системних захворюваннях, цю ціль можна реалізувати тільки через декілька місяців.

При дозуванні, як правило, денну дозу слід приймати між 6-ою і 8-ою годинами. В окремих випадках дозу потрібно розподілити для прийому на протязі дня (2/3 – вранці, а решту – ввечері). Дозування повинно бути

мінімальним, а тривалість прийому – по можливості найкоротшою.

При злоякісних новоутвореннях можлива небажана дія при таких умовах:

- конституція: овальне обличчя, бичача шия, ожиріння;
- органи травлення: болі у шлунку, гастроінтестинальна виразка (при комбінації з нестероїдними протизапальними засобами), панкреатит;
- органи зору: глаукома, катаракта;
- шкіра: еритема обличчя, атрофія, Striae rubrae, петехія, аллопеція, стероїдні акне, повільне загоювання ран, гірсутизм;
- судини: підвищений ризик тромбозу, васкуліт, гіпертонія;
- центральна нервова система: депресія, роздратування, ейфорія, вегетативні порушення (синдром відміни після довгострокової терапії);
- опорно-руховий апарат: міопатія, остеопороз, розрив сухожилків, асептичний остеонекроз (головки стегна і плечової кістки);
- ендокринна система: аменорея, імпотенція, гірсутизм, набряки, цукровий діабет, атрофія кори наднирників – при довгостроковій терапії можлива обмежена реакція на стрес, через це необхідна поступова відміна в залежності від дози і тривалості лікування;
- метаболізм: ожиріння, гіперглікемія, втрата кальцію і калію;
- збільшення ризику інфікування.

Протипоказання для призначення кортикостероїдів:

- хронічний активний вірусний гепатит;
- інші гострі вірусні інфекції;
- системний мікоз.

Засоби перестороги приймаються у наступних випадках:

- активна виразка, виразкова хвороба в анамнезі: терапія з використанням H₂-блокаторів або профілактика мізопростолом; суворий нагляд (аналіз крові, гастроскопія);
- латентний або маніфестуючий діабет: суворий нагляд, індивідуальний підхід, ніякої альтернативної терапії;
- гострі або хронічні інфекції: цільова антибіотикова терапія;
- неактивний туберкульоз: регулярний пульмонологічний контроль;
- підвищений артеріальний тиск: частий контроль, оптимальний медикаментозний індивідуальний підхід; через додаткову втрату кальцію, по можливості, не застосовувати діуретики;
- діти: альтернативна або інтермітуюча терапія;
- групи ризику розвитку остеопорозу, маніфестуючий остеопороз: рекомендації по харчуванню і фізичній активності, індивідуальна терапія, уникати інших факторів ризику;
- глаукома: регулярний лікарський нагляд і терапія.

Результати стероїдної протидії при хіміотерапії в ЛОР-онкології будуть представлені в наших подальших публікаціях.

1. Ємельянов А.В., Лукьянов С.В. Назальные глюкокортикоиды // Рациональная фармакотерапия заболеваний органов дыхания. – М.: «Литтера», 2004. – С. 93-97.
2. Broide J., Soferman R., Kivity S. et al. Low-dose adrenocorticotropin test impaired adrenal function in patients taking inhaled corticosteroids // J. Clin. Endocrinol. Metab. – 1995; 80(4):1243–6.
3. Burke C, Power CK, Norris A, et al. Lung function immunopathological changes after inhaled corticosteroid therapy in asthma // Eur. Respir. J. – 1992; 5: 73-9.
4. Cox G., Ohtoshi T., Vancheri C. et al. Promotion of eosinophil survival by human bronchial epithelial cells and its modulation by steroids // Am. J. Respir. Cell. Mol. Biol. – 1991; 4:525-31.
5. Janson-Bjerklie S., Fahy J., Geaghan S., Golden J., Disappearance of eosinophils from bronchoalveolar lavage fluid after patient education and high-dose inhaled corticosteroids: a case report // Heart Lung. – 1993; 22(3): 235-8.
6. Lipworth B.J., Jackson C.M. Safety of inhaled and intranasal corticosteroids: lessons for the new millennium. Drug. – S - 2000 Jul;23(1):1–33.
7. Smith C.L., Kreutner W. In vitro glucocorticoid receptor binding and transcriptional activation by topically active glucocorticoids. Arzneimittelforschung // Drug. Res. – 1998;48:9-60.

Надійшла до редакції 15.06.06.