

## Тези науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні аспекти діагностики та лікування онкологічних захворювань» (16–17 травня 2019 року, м. Кропивницький, Україна)

For cite: *Praktična onkologija*. 2019;2(1):46-52. doi: 10.22141/oncology.2.1.2019.165455

*Спіженко Н.Ю., Одарченко С.П.,  
Чеботарьова Т.І., Ярмак О.Г.,  
Матвієвська Л.В., Зелінський Р.М.,  
Копанєва Ю.П.*

*Медичний центр онкології і радіохірургії «Клініка  
Спіженко», м. Київ, Україна*

### Використання електронотерапії в лікуванні немеланомного раку шкіри

**Актуальність.** Проблема захворюваності на немеланомний рак шкіри (НМРШ) є актуальною в Україні та у структурі онкологічної захворюваності населення в 2016 році посідала перше місце (10,3 %). Це найбільш поширена форма злоякісних пухлин. Щороку приблизно 600 пацієнтів вмирає від злоякісних немеланомних новоутворень шкіри, в 2016 році зареєстровано 14 673 хворих на рак шкіри. Пік захворюваності відзначається у віці 60–70 років. Частота і ступінь ризику захворювання РШ прямо пропорційні віку. Захворювання на РШ характеризується значними коливаннями. Серед білошкірого населення захворювання найбільш поширене в країнах з високою інсоляцією, наприклад у Болгарії показник захворюваності становить 36 на 100 000 населення, у Англії 1,9 на 100 000 населення. В Україні захворюваність наприкінці ХХ століття становила 35,5 випадка на 100 000 населення, у чоловіків — 32,7, у жінок — 37,9. РШ зустрічається у білошкірого населення в 6–10 разів частіше, також частіше у південних регіонах. РШ — найбільш поширена форма злоякісних пухлин, до нього належить базально-клітинний і плоскоклітинний рак шкіри. Згідно з даними Національного канцер-реєстру, щороку реєструється понад 20 000 нових випадків захворюваності на НМРШ. У 2016 році НМРШ посідав перше місце у структурі онкологічної захворюваності серед чоловіків і друге — серед жінок — після раку грудної залози. До того ж, частота виникнення НМРШ щороку неспинно зростає як в Україні, так і у світі,

що відповідає загальному приросту онкопатології. Незважаючи на рідкісне метастазування, НМРШ може призводити до суттєвої локальної деструкції тканин поряд із залученням у патологічний процес м'яких тканин, хрящів, кісток. При НМРШ використовують хірургічне, променеве, цитостатичне лікування, яке на ранніх стадіях є рівноцінним, проте променеве лікування використовується частіше як метод, що дає більш виражений косметичний ефект. Електронотерапія у Клініці Спіженко виконується на лінійному прискорювачі (ЛП) Elekta Synergy і дає змогу опромінювати електронами. Проводиться лікування пухлин шкіри з глибиною розташування до 5 см, при цьому зона опромінення точно збігається з контурами пухлини завдяки індивідуальним для кожного пацієнта коліматорам. **Мета:** показати сучасні можливості лікування немеланомного раку шкіри електронотерапією з використанням різних енергій електронів, переваги електронотерапії перед близькофокусною рентгенотерапією і променевою терапією фотонами в лікуванні раку шкіри, виготовлення індивідуальних коліматорів залежно від конфігурації пухлин шкіри. **Матеріали та методи.** У Центрі онкології та радіохірургії «Клініка Спіженко» використовують електронотерапію немеланомного раку шкіри на апараті Elekta Synergy Platform з 2011 року. Ми проаналізували історії хвороб пацієнтів, які проходили електронотерапію з 2011 по 2018 рік у «Клініці Спіженко» і яким був встановлений діагноз: немеланомний рак шкіри. З листопада 2011 по 2018 рік методом електронотерапії у «Клініці Спіженко» проліковано 69 пацієнтів віком від 20 до 95 років із 1–3-ю стадією РШ, серед них — 27 чоловіків (39,1 %) і 42 жінки (60,8 %) у віковій категорії 60–70 років, що спостерігалось частіше. З 1-ю стадією захворювання проліковано 46 пацієнтів (66,6 %), з 2-ю стадією — 19 пацієнтів (27,5 %), 3-ю стадією — 2 пацієнти (2,89 %), локальний рецидив при меланомі — 2 пацієнти (2,89 %). Повне одужання відзначалося у 67 пацієнтів (97,1 %), неповний регрес — у 2 пацієнтів (2,89 %). Усі пацієнти проліковані на лінійному при-

скорювачі Elekta Synergy, разовою осередковою дозою (РОД) 5,0 Гр до сумарної осередкової дози (СОД) 50 Гр. Була використана енергія електронів 4, 6, 9, 12, 15 МеВ. На 6 МеВ проліковано 40 пацієнтів, 4 МеВ — 15 пацієнтів, 9 МеВ — 12 пацієнтів, на 15 МеВ — 2 пацієнтів. Частіше спостерігалися променеві реакції у вигляді променевого дерматиту 1-го і 2-го ступеня. Сучасні ЛП генерують електрони різних енергій від 4 до 20 МеВ, пропонуючи переваги швидкого зменшення дози з глибиною. Просторовий дозовий розподіл випромінювання електронами у тканинах характеризується різною глибиною максимуму дози залежно від обраної енергії — чим вища енергія, тим на більшій глибині розташовується максимум дози. Енергію електронів підбирають залежно від глибини залягання пухлини, при цьому 90 % ізодози повинно проходити по нижньому краю обсягу опромінення. Перевага електронотерапії перед короткофокусною терапією: використання індивідуальних коліматорів на відміну від стаціонарних тубусів при проведенні короткофокусної рентгенотерапії, рівномірне опромінення пухлини, мінімальне опромінення здорових тканин, можливість лікування не тільки 1–2-ї стадії, а й 3–4-ї стадії, локальний рецидив при меланомі — 2 пацієнти. **Результати.** У 70 % пацієнтів, пролікованих на лінійному прискорювачі Elekta Synergy, було виявлено променеві реакції 1-го і 2-го ступеня, у 8–12 % пацієнтів — променеві реакції 3-го ступеня. Через 3 місяці після проходження курсу електронотерапії у 67 пацієнтів спостерігався повний регрес пухлинного вогнища. Час спостереження — від 6 до 60 місяців. **Висновки.** Застосування електронотерапії у режимі опромінення 50 Гр за 10 фракцій є ефективним при лікуванні різних стадій немеланомного раку шкіри. Завдяки вчасно встановленому діагнозу і радикально проведеному лікуванню спостерігається повний регрес пухлинного вогнища без видимих косметологічних дефектів.

*Ткаченко О.І., Максимовський В.Є.,  
Пирогов В.В.*

*Одеський національний медичний університет,  
м. Одеса, Україна*

### **Ізольована регіонарна гіпертермічна хіміперфузія в лікуванні меланоми кінцівок**

**Актуальність.** Місцево поширена меланома характеризується наявністю метастазів у лімфатичних судинах з одночасним ураженням або без такого регіональних лімфовузлів. Ураження лімфатичних судин є первинним шляхом метастазування у 20 % випадків. При цьому синхронно клінічно виявляються метастази у регіонарних лімфовузлах у 36 % хворих, у віддалених органах — у 10 %. Ізольована гіпертермічна хіміперфузія є регіонарним методом лікування місцево поширеної меланоми кінцівок. Класичними показаннями до ізольованої регіонарної гіпертермічної хіміперфузії є нерезектабельна,

рецидивна місцево поширена меланома шкіри кінцівок. Основними завданнями ізольованої гіпертермічної хіміперфузії є місцевий контроль, що полягає у полегшенні больового синдрому, подоланні виразкування, вторинного інфікування, кровоточивості, мас-ефекту проміжних метастатичних пухлин. **Матеріали та методи.** За період 2016–2019 рр. було виконано 5 процедур ізольованої гіпертермічної хіміперфузії хворим із місцево поширеною меланомою кінцівок. Всі пацієнти на момент звернення мали ІІС стадію меланоми нижніх кінцівок з попередньою гістологічною верифікацією. Середній вік хворих становив 44,5 року, серед них 3 жінки, 2 чоловіки. Всім хворим виконували канюляцію загальних стегнових артерій, вен. Гіпертермічну хіміперфузію проводили апаратом Rand Performer NT з оксигенатором Lilliput D901. Тривалість перфузії — 60 хвилин у режимі легкої гіпертермії (39–41 °С). Проводили системну та апаратну гепаринізацію. **Результати.** Під час процедур гіпертермічної хіміперфузії інтраопераційних ускладнень не було. Середній об'єм крововтрати з урахуванням фази «промивання» становив 1500 мл, усім хворим проводилась замісна гемотрансфузія. У ранньому післяопераційному періоді у 2 хворих спостерігалась токсичність 1–2-го ступеня тяжкості за шкалою Wieberdink (набряк, осередковий епідермоліз), ускладнень 3–5-го ступеня не було. У 2 хворих у пізньому післяопераційному періоді розвинулась периферична нейропатія. Віддалене спостереження проводилось у 3 пацієнтів, середня тривалість безрецидивного періоду — 11,4 місяця. Ізольована регіонарна хіміперфузія є ефективним методом локорегіонарного контролю. Загальна частота відповіді становить у середньому 90,35 % (64,00–100,00 %). Середні значення повної відповіді сягають 58,20 % (25,00–89,00 %), що на сьогодні є найкращим показником серед інших методів лікування. Застосування ізольованої гіпертермічної хіміперфузії є альтернативним органзберігаючим методом лікування. Так, згідно з декількома дослідженнями, у 95 % хворих протягом усього терміну спостереження вдалося уникнути ампутації. На відміну від задовільних результатів місцевого контролю дані щодо загальноонкологічних результатів є суперечливими. За даними багатьох досліджень, медіана п'ятирічної виживаності сягає 36,60 %, а медіана виживаності — 36,70 місяця без стратифікації стадії захворювання. Стадія захворювання є незалежним предиктором показників загальної виживаності після застосування ізольованої гіпертермічної хіміперфузії. Так, п'ятирічна виживаність пацієнтів із 3А стадією вірогідно вища, ніж у пацієнтів із 3В та 4-ю стадіями (47, 35 та 34 % відповідно). Зі зростанням температури перфузії покращується ефективність хіміперфузії (повна відповідь 47 % при нормотермічній та 61 % при гіпертермічній), проте зростає частота та тяжкість побічних ефектів. Найбільш оптимальний баланс демонструє легка гіпертермія. Ретроспективний аналіз 35-річного досвіду та мультицентрове рандомізоване дослідження 1998 року виявили лише

тимчасовий місцевий контроль за виникненням проміжних метастазів і локальних рецидивів без впливу на інтервал до появи віддалених метастазів, а також показники загальної виживаності при застосуванні регіонарної хіміоперфузії як ад'ювантного лікування. У невеликому дослідженні (21 пацієнт), проведеному з метою оцінити ефективність та токсичність повторних процедур регіонарної хіміоперфузії, дійшли висновку про відсутність значущих відмінностей у зворотних ефектах повторної перфузії (67 % 1–2-го ступеня токсичності, 33 % 3–4-го ступеня) порівняно з першою. Ефективність місцевого контролю (повна відповідь — 67 %) також порівнювана з первинною процедурою. **Висновки.** Ізольована регіонарна гіпертермічна хіміоперфузія є одним із найефективніших на сьогодні паліативних методів місцевого контролю місцево поширеної меланоми. Нині найкращу ефективність демонструє регіонарна хіміоперфузія з мелфаланом, проте потрібні спеціальні порівняльні дослідження з іншими препаратами. Не рекомендується використання комбінації мелфалану з фактором некрозу пухлини. Оптимальним температурним режимом є легка гіпертермія, тривалість процедури до досягнення цільової температури — 60 хвилин.

*Ткаченко О.І., Четверіков С.Г.,  
Максимовський В.Є., Заволока С.О.,  
Четверіков М.С.  
Одеський національний медичний університет,  
м. Одеса, Україна*

### **Використання високотемпературної інтраопераційної хіміоперфузії (HIPEC) у комплексному лікуванні поширених пухлин черевної порожнини**

Останніми роками істотно змінилися уявлення про можливості лікування місцево поширених і метастатичних пухлин органів черевної порожнини. Одночасне видалення первинного пухлинного осередку і віддалених метастазів у поєднанні з ад'ювантною хімотерапією та променевим лікуванням дозволяє досягти 15,0–40,0 % п'ятирічної виживаності хворих на колоректальний та рак яєчника. Поширення пухлинних клітин по очеревині є основною причиною невдалих результатів хірургічного лікування пухлин черевної порожнини, в тому числі після операцій з максимальним видаленням пухлинної тканини. Використання системної поліхімотерапії у цих випадках не вирішує проблеми, особливо при хіміорезистентних пухлинах. Певні перспективи у покращанні результатів лікування перитонеальних канцероматозів відкриває застосування методики внутрішньоочеревинної високотемпературної хіміоперфузії черевної порожнини (HIPEC).

Із 2016 року в Центрі реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка), що є базою кафедри хірургії № 4 з курсом онкології Одеського національного медичного університету, спеціальне

лікування з приводу поширених злоякісних пухлин черевної порожнини з перитонеальним канцероматозом із використанням методики HIPEC отримали 60 пацієнтів. У всіх хворих, які були відібрані для HIPEC, діагностовано перитонеальні метастази, переважно раку яєчника — у 33 хворих, колоректального раку — у 12, шлунка — 8, злоякісну мезотеліому — у 5 хворих, злоякісні пухлини інших первинних локалізацій — у 2 хворих. Вік хворих коливався від 21 до 59 років. Обсяг оперативного втручання був оцінений як оптимальна або субоптимальна циторедуктивна операція з виконанням стандартного об'єму операції залежно від первинної локалізації пухлини у 44 хворих, та у 16 проведена паліативна процедура HIPEC без попередньої циторедукції через її технічну неможливість або недоцільність. 7 хворих у терміни від 1 до 4 місяців після процедури HIPEC було прооперовано з виконанням радикального або циторедуктивного об'єму оперативного втручання. Всім хворим в ад'ювантному режимі проведено від 4 до 6 курсів поліхімотерапії.

Процедура внутрішньоочеревної гіпертермічної хіміоперфузії виконується з перфузуванням порожнини живота хімотерапевтичним агентом (зазвичай — цисплатин із доксорубіцином або мітоміцин С) при температурі 42,0 °С і середній швидкості потоку 800–900 мл/хв протягом 60–90 хвилин. Процедура HIPEC проводиться після циторедуктивного етапу операції. 5 силіконових трубок поміщають у черевну порожнину для забезпечення вільної циркуляції рідини черевною порожниною. Температурні датчики розміщують у черевній порожнині вище від мезоколона і в тазу, операційну рану зашивають. Процедуру HIPEC проводили на апараті RAND Perfomer («Модена», Італія) за допомогою двох pomp (насоси, що нагнітають і евакуюють рідину із черевної порожнини), температурного охолоджувача і стерильного закритого контура. Після досягнення інтраабдомінальної температури як мінімум 42 °С мітоміцин С 25 мг/м<sup>2</sup>, цисплатин 100 мг/м<sup>2</sup> розчиняли у 5000,0 мл перфузату. Середній об'єм перфузату, який міститься в черевній порожнині, щосекундно становив близько 3000 мл. Інтраабдомінальна температура коливалась від 41 °С до 42 °С. Фаза охолодження черевної порожнини і фаза промивання від хіміопрепаратів займають максимально до 5–10 хвилин. Пацієнтів переводили на одну добу в реанімаційне відділення для проведення інтенсивної терапії і спостереження. У всіх хворих інтраопераційно визначали індекс перитонеального канцероматозу за Jасquet та Sugarbaker, а також індекс повноти циторедукції (CCS).

Застосування методики HIPEC у порівнянні з внутрішньоочеревинним введенням хіміопрепаратів у звичайному температурному режимі в післяопераційному періоді або із системною поліхімотерапією дозволяє отримати пряму цитотоксичну дію високої температури, синергічну дію високої температури та цитостатика, більш глибоке проникнення в тканини очеревини та перитонеальних метастазів, механічне

вимивання вільних пухлинних клітин, згустків крові, меншу системну токсичну дію та більшу концентрацію цитостатика в черевній порожнині.

Методика НІРЕС несуттєво збільшувала загальну травматичність оперативного втручання та погіршувала його переносимість. Ми спостерігали ускладнення після процедури НІРЕС. В одного хворого на другу добу після операції діагностовано множинні перфорації тонкої кишки, вірогідно, через її термічне ушкодження, що вимагало проведення 3 релапаротомій з ушиванням дефектів кишки, дренажуванням черевної порожнини, в останній раз із використанням VAC-системи. Хворий одужав і виписаний зі стаціонару на 22-гу добу. В однієї пацієнтки з раком шлунка спостерігалась неспроможність езофагоєюноанастомозу, що призвело до загибелі хворої на 22-гу добу. У 2 пацієнтів спостерігалась неспроможність кишкових анастомозів, яка була успішно пролікована з виведенням превентивної стоми. У 2 хворих діагностовано евентерацію кишечника, що вимагало повторного ушивання черевної порожнини. Частота виникнення цих ускладнень у групі хворих із НІРЕС була дещо вищою, ніж при застосуванні лише хірургічного втручання, але без статистично значущих відмінностей.

Через невелику кількість пролікованих хворих та тривалість застосування цієї методики складно оцінювати віддалені онкологічні результати лікування, але спостереження за першими прооперованими пацієнтами протягом 1–2 років показує доцільність використання цієї процедури.

*Ткаченко О.І., Четверіков С.Г.,  
Максимовський В.Є., Онищенко В.І.,  
Четверікова-Овчинник В.В.*

*Одеський національний медичний університет,  
м. Одеса, Україна*

### **Циторедуктивні оперативні втручання як складова частина комплексної терапії хворих із місцево поширеними пухлинами черевної порожнини та канцероматозом**

На жаль, значна кількість пацієнтів зі злякисними новоутвореннями звертається по медичну допомогу вже на занедбаних стадіях захворювання, за наявності віддалених метастазів та канцероматозу органів черевної порожнини (понад 20 % по Одеській області). Найчастіше первинною локалізацією місцево поширених пухлин та канцероматозу черевної порожнини є колоректальний рак, рак шлунка, яєчника, ендометрія, шийки матки, сечового міхура, передміхурової залози. У переважній частці цих пацієнтів встановлюється ІV клінічна група захворювання, вони не отримують спеціального лікування та помирають майже всі 100 % протягом року від прогресування захворювання, розвитку ускладнень онкологічного процесу з дуже низькою якістю життя.

Ряду пухлин притаманне місцеве метастазування, обмежене гематоперитонеальним бар'єром. Саме ці випадки є найбільш перспективними для виконання циторедуктивних оперативних втручань. Менший залишковий обсяг пухлини призводить до меншої її біологічної гетерогенності, що знижує швидкість росту пухлини та сприяє кращій хіміочутливості.

Стандартизоване за клінічними протоколами проведення системної поліхіміотерапії через наявність великих об'ємів пухлинної тканини в організмі призводить до розвитку ускладнень захворювання, ускладнень самої поліхіміотерапії та дуже тяжко переносяться хворими. Через це значна кількість пацієнтів припиняє спеціальне лікування або воно призупиняється клінічним онкологом. Певну надію на покращання результатів лікування хворих із поширеними пухлинами органів черевної порожнини надає застосування так званих циторедуктивних оперативних втручань, які можуть використовуватися як у випадках первинно поширеного пухлинного процесу, так і при рецидивах хвороби. Зменшення об'єму пухлинної тканини в організмі пацієнта покращує якість життя, його тривалість, підвищує ефективність ад'ювантної поліхіміотерапії. Це є майже доведеним для колоректального раку та раку яєчників.

Із 2013 року в Центрі реконструктивної та відновної медицини (Університетська клініка) спеціальне лікування з приводу поширених злякисних пухлин черевної порожнини (критерій M1 і/або T4 за класифікацією TNM) пройшли 327 пацієнтів (72 чоловіки і 255 жінок). Первинна локалізація пухлини була в ободовій і прямій кишках у 118 хворих, в яєчнику — у 128, у шлунку — у 26, інші локалізації, в тому числі первинно-множинний рак, — у 55 пацієнтів. Вік хворих коливався від 21 до 82 років. Обсяг оперативного втручання був оцінений як оптимальна або субоптимальна циторедуктивна операція з виконанням стандартного об'єму операції залежно від первинної локалізації пухлини. У 44 хворих циторедукція була доповнена процедурою інтраопераційної високотемпературної хіміоперфузії черевної порожнини (НІРЕС). 7 хворих у терміни від 1 до 4 місяців після процедури НІРЕС було прооперовано з виконанням радикального або циторедуктивного об'єму оперативного втручання. Всім хворим в ад'ювантному режимі проведено від 4 до 6 курсів поліхіміотерапії. У всіх хворих інтраопераційно визначали індекс перитонеального канцероматозу за Jасquet та Sugarbaker, а також індекс повноти циторедукції (CCS).

Обсяг виконаного оперативного втручання залежав від первинної локалізації пухлини та відповідав стандартному онкологічному обсягу втручання: екстирпація матки з придатками та великим чепцем при раку яєчника, геміколектомія, передня резекція прямої кишки з мезоректумектомією, гастректомія з лімфодисекцією за Д-II та ін. та додатково з перитонеумектомією в різних обсягах, метастазекто-

мією, мультівісцеральними резекціями, евісцерацією малого таза (передньою, задньою та повною) та інші обсяги втручання залежно від поширеності пухлини.

Обсяг перитонеумектомії залежав від ступеня ураження очеревини пухлиною: передня парієтальна перитонектомія, права та ліва піддіафрагмальна, тазова перитонектомія, бурсектомія. Обсяг резекції також був індивідуальним у кожного хворого: висічення післяопераційних рубців, пупка, оментектомія, резекція малого чепця, спленектомія, резекція глісонової капсули, резекція тонкої та товстої кишки, резекція шлунка, гастректомія, холецистектомія, гістеректомія, аднексектомія.

Тривалість оперативного втручання коливалась від 110 до 430 хвилин. Частота ускладнень раннього післяопераційного періоду вірогідно не відрізнялась від аналогічного показника в групах хворих, яким виконано оперативні втручання у стандартному онкологічному обсязі. В ранньому післяопераційному періоді померло 3 хворих через неспроможність кишкових анастомозів та езофагоєюноанастомозу з розвитком перитоніту та інших гнійно-септичних ускладнень. У 2 пацієнтів спостерігалась неспроможність кишкових анастомозів, яка була успішно пролікована з виведенням превентивної стоми. У 2 хворих діагностовано евісцерацію кишечника, що вимагало повторного ушивання черевної порожнини. У післяопераційному періоді результати лікування досліджувались за тривалістю життя пацієнтів, тривалістю безрецидивного періоду та якості життя за опитувальником SF-36. Через невелику кількість пролікованих хворих з різними первинними локалізаціями первинної пухлини та тривалість застосування циторедуктивних оперативних втручань складно оцінювати віддалені онкологічні результати лікування, але спостереження за першими прооперованими пацієнтами протягом 1–2 років показує доцільність використання цієї процедури.

Фірсова М.М.<sup>1</sup>, Іванченко О.І.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Обласний клінічний онкологічний центр Кіровоградської обласної ради, м. Кропивницький, Україна

### Вибрані аспекти застосування методів ядерної медицини в онкологічній практиці

**Актуальність.** Сучасні методи ядерної медицини є важливою складовою у діагностиці та лікуванні хворих онкологічного профілю. В Україні, як і в усіх розвинених країнах, ці методи набувають все більшого значення. Останніми роками до традиційних діагностичних методів, таких як гамма-камери та ОФЕКТ/КТ, додався ще і метод ПЕТ/КТ з використанням препарату 18-фтордезоксиглюкози (ФДГ). Перспективи розвитку галузі на найближчі десятиліття охо-

плюють застосування нових циклотронних міток для ПЕТ/КТ: <sup>11</sup>C, <sup>13</sup>N, <sup>15</sup>O, <sup>22</sup>Na, <sup>64</sup>Cu, <sup>68</sup>Ga та лікувальних радіофармацевтичних препаратів, зокрема: 188Re-HEDP, 153Sm-EDTMP, 90Y-citrate, 186Re-HEDP, 117mSn-DTPA, Ra-223 тощо. Іншим важливим напрямом сучасної ядерної медицини є радіонуклідна терапія, що застосовується для лікування високодиференційованого раку щитоподібної залози та його метастазів, а також лікування множинної кісткової дисемінації (в переважній більшості — множинних кісткових метастазів раку простати та молочної залози). Специфічність системної радіонуклідної терапії, яка застосовується у хворих із множинною кістковою патологією, має особливості біологічного впливу. Це пов'язане з тим, що радіонуклідна терапія є терапією мішені, коли лікувальний радіофармапрепарат вбудовується у структуру пухлинної кістки і з меншою інтенсивністю в нормальну кісткову тканину від 2 до 15 : 1, майже не опромінюючи сусідні тканини. Йодотерапія в наш час є беззаперечним методом комплексного лікування папілярного, фолікулярного та змішаного фолікулярно-папілярного раку щитоподібної залози. **Мета роботи:** оглядово ознайомити лікарів клінічних спеціальностей і, зокрема, лікарів-онкологів з можливостями сучасної ядерної медицини, а також проінформувати про перспективні напрями та можливості цього методу шляхом демонстрації конкретних клінічних випадків за результатами роботи відділення радіонуклідної діагностики та терапії обласного клінічного онкологічного центру Кіровоградської обласної ради. **Матеріали та методи.** Крім загальних положень, подано аналіз результатів радіонуклідно-медикаментозного лікування 5 хворих (двоє хворих — після застосування остеотропних препаратів: радіофосфор та стронцій; троє хворих з різними ускладненнями раку щитоподібної залози — після застосування радіойодотерапії). Лікувальні активності: <sup>32</sup>P (радіофосфор) 379 МБк, <sup>89</sup>Sr (стронцій) 149–151 МБк, <sup>131</sup>I (йод) 5500–9000 МБк. **Результати.** Спільним в історіях хвороб пацієнтів з множинними кістковими метастазами раку простати та раку молочної залози було те, що протягом року за наявних змін у кістковій системі, виявлених при скінтиграфічному дослідженні, радіонуклідна терапія була призначена не відразу після виявлення перших змін, а пізніше, коли клінічні та інструментальні зміни мали більш виражений характер. Результатом проведеного лікування стала стійка ремісія в обох випадках (об'єктивне покращання при остеосцинтиграфії та зниження больової симптоматики протягом 3–6 місяців). Курси І-терапії застосовувались у хворих зі значною дисемінацією і, відповідно, потребували особливих підходів до лікування. Одна хвора, 1975 р.н.: фолікулярний рак, МТС у л/в, отримала 2 курси І-терапії по 4360 МБк. Після 2-го курсу на лікувальній активності відмічено накопичення в н/частці правої легені (додаткове ураження), виявлене вперше при скінтиграфії. Заплановано 3-й курс з активністю до 7000–8000 МБк. Друга хвора, 1958 р.н.: змішаний папілярно-фолікуляр-

ний рак, 4-та стадія. 2016 р. — правобічна гемітиреоїдектомія. Резекція н/полюса лівої частки ЩЗ із вузлами. ПГЗ — фолікулярна аденома правої частки ЩЗ. За даними МСКТ: ознаки патологічного перелому головки, хірургічної шийки правої плечової кістки, вторинне ураження правої плечової кістки та правої лопатки. 2017 р. — лівобічна гемітиреоїдектомія. ПГЗ — змішаний фолікулярно-папілярний рак ЩЗ. Перед першим курсом: ТГ — 142,1 нг/мл. 2018 р. — перший курс радіойодотерапії: 5595 МБк (07.02.2018 р.), МТС у плечову кістку, праву лопатку, праву кульшову кістку. 19.12.2018 р. — другий курс: 7685 МБк. Бісфосфонатна терапія. Стабілізація процесу. Планується третій курс. Третя хвора, 1951 р.н.: папілярний рак, МТС Th VII, ТГ перед першим курсом — 500 нг/мл. Перший курс — 9800 МБк. Через півроку отримала другий курс — 5040 МБк (контроль ТГ — 92,36 нг/мл). За 1,5 року перерви в лікуванні ТГ збільшився до > 500 нг/мл. Було проведено третій курс йодотерапії — 6000 МБк. Сцинтиграфія на лікувальній активності додатково, крім ураження Th VII хребця, виявила ураження легені праворуч. Після третього курсу динаміка ТГ — 82,77 нг/мл. Планується повторний курс. Результати проведеної радіонуклідної терапії як у хворих на рак щитоподібної залози, так і у хворих на рак простати і рак молочної залози в усіх випадках дозволяли досягти часткової ремісії або стабілізації процесу.

**Висновки.** Для досягнення доброго терапевтичного ефекту радіонуклідної терапії при лікуванні кісткових метастазів важливим є вчасне її призначення на основі даних регулярного моніторингу кісткової системи. Дотримання уніфікованих схем лікування та напрацювання спільних протоколів моніторингу дозволить суттєво покращити якість онкологічної допомоги.

*Четвериков С.Г., Максимовский В.Е.  
Центр реконструктивной и восстановительной  
медицины (Университетская клиника) Одесского  
национального медицинского университета,  
г. Одесса, Украина*

### **Роль психологической диагностики, поддержки и реабилитации в улучшении результатов лечения онкологических больных**

В практике врача возникает необходимость общаться с пациентами, заболевшими раком, и их родственниками. Практически всегда это вызывает трудности взаимопонимания, высокий уровень тревоги, проблемы от встречи с высокими по интенсивности чувствами пациента, ощущение собственного профессионального и человеческого бессилия, собственные экзистенциальные переживания страха смерти и тяжелых утрат. К сожалению, в онкологических клиниках отсутствуют профессиональные психологи, пациенты не знают о возможных профессиональных психологических ресурсах, а

врачи практически лишены знаний по психологии, что делает их работу менее эффективной.

С 2013 года в Центре реконструктивной и восстановительной медицины (Университетская клиника) специальное лечение по поводу распространенных злокачественных опухолей брюшной полости (критерий M1 и/или T4 по классификации TNM) прошли 327 пациентов (72 мужчины и 255 женщин). Первичная локализация опухоли была в ободочной и прямой кишке у 118 больных, в яичнике — у 128, желудке — у 26, другие локализации, в том числе первично-множественный рак, — у 55 пациентов. Некоторые элементы психологической помощи и реабилитации внедрены в работе клиники и реализованы у этих больных. Обязательным являлось первичное интервью с пациентом, которое, помимо сбора стандартного анамнеза, включало диагностику психологического статуса пациента, нюансов его социального функционирования и семейной системы. Стандартным являлось использование общепринятого опросника по исследованию качества жизни SF-36.

Если удавалось достучаться до ресурсов пациента, то шансов у него без осложнений перенести лечение, рассчитывать на максимально длительную ремиссию становилось значительно больше. Помимо первичного углубленного интервью с пациентом, в ходе проведения специального лечения как на хирургическом этапе в стационаре, так и амбулаторно с пациентами проводились мини-сессии продолжительностью 10–40 минут в консультативном режиме, направленные на поддержку, поиск ресурсов, социальную адаптацию пациента в новых для него условиях. Ряд пациентов после завершения онкологического этапа лечения направлены на психотерапию, которая проводилась подготовленным психотерапевтом в рамках гештальт-подхода со стандартным сессингом 1 час в неделю на протяжении от нескольких сессий до 2–3 лет.

Одной из теорий возникновения рака является психосоматическая, согласно которой злокачественные новообразования возникают у пациентов, потерявших смысл в жизни. Вырастают и уходят из семьи дети, теряется важная работа, уходят или умирают близкие, и человек, не научившийся до этого хоть немножко жить для себя, на уровне подсознания дает команду своей противоопухолевой иммунной системе отключить контроль, умирая при этом через пару лет от рака. Если получится выяснить, что в жизни и организме пациента что-то пошло не так, то появятся перспективные варианты реабилитации больных в ходе и после специального лечения, что увеличивает их шансы на выздоровление или ремиссию заболевания. Практически всегда пациент с диагнозом рака приходит к врачу в состоянии «выученной беспомощности». Человек приносит свое тело врачу, полностью перепоручая ему весь контроль и ответственность за процесс лечения как самого онкозаболевания, так и всех тех проблем со здоровьем, которые пациент на-

копил за свою жизнь. Начиная с первого разговора с пациентом, следует распределить сферы ответственности. В том, что у пациента возник рак, никто не виноват. Это следствие его генетики и того образа жизни, который он вел. Своевременность диагностики — это тоже ответственность пациента за свое здоровье, внимание к симптомам, которыми тело сообщало о болезни и которые не были услышаны. Если пациент берет на себя эту ответственность, у врача есть шансы помочь ему в борьбе с заболеванием.

Диагноз рака является сильнейшим стрессом. Процесс переживания смертельно опасной болезни, согласно Элизабет Кюблер-Росс, можно условно разделить на 5 этапов: отрицание или шок, гнев, торг, депрессия, принятие. На разных стадиях переживания пациентом своей болезни применимы разные стратегии психологической помощи. В фазе шока — максимально возможное информирование о болезни пациента и его родственников, поддержка в виде «костыля», которая позволяет выдержать этот удар и пойти дальше. В фазе протеста или гнева приходится контейнировать бурю негатива, которую выплескивает больной наружу. В фазе торга уместны варианты психотерапии, по крайней мере, в виде

краткосрочных программ. В фазе депрессии — просто быть рядом и помочь пройти до фазы принятия, на которой человек мобилизует свои внутренние силы для будущей жизни, ставит новые цели, находит новые смыслы. Происходит осознание своих истинных потребностей, отделение важного от второстепенного. Это время духовного роста и перемен в душе человека либо, напротив, постепенного угасания и умирания физического тела человека. Пациент с запущенным раком умирает именно тогда, когда принимает безысходность ситуации, конечность жизни и дает себе на это позволение. Основываясь на накопленном опыте, можно сделать вывод о том, что обязательным компонентом первичной диагностики у пациента с онкологическим заболеванием, особенно в запущенных стадиях, является определение его психологического статуса и готовность к проведению тяжелого и длительного специального лечения. Такой отбор пациентов в IV или III стадии рака позволил нам в этой когорте пациентов значительно снизить летальность в раннем послеоперационном периоде, а проведение поддерживающей психотерапии значительно увеличило продолжительность безрецидивного периода, общую продолжительность жизни и ее качество. ■