

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., Ярмач 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 невідмінно 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-

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 евертерацію 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 частині 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 переноситься 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.¹, Іванченко О.І.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Обласний 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: ¹¹C, ¹³N, ¹⁵O, ²²Na, ⁶⁴Cu, ⁶⁸Ga 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: ³²P (радіофосфор) 379 МБк, ⁸⁹Sr (стронцій) 149–151 МБк, ¹³¹I (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-