

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 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-

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 мг/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. ■