

этом нет единого онкологического пространства. Миссия ассоциации – объединение и поддержка своих членов в развитии онкологической науки и практики во благо онкологических больных. Среди многочисленных функций ассоциации – разработка и совершенствование нормативных актов, юридическое и информационное сопровождение членов ассоциации, формирование кадрового состава органов управления, контроль качества оказания медицинской помощи, организация и проведение независимых экспертиз в сложных клинических ситуациях и др. Завершая свое выступление, А.П. Безносенко отметил, что Национальная ассоциация онкологов Украины к настоящему моменту насчитывает 300 активных членов, и призвал всех присутствующих присоединиться к ее работе.



Хирургическому лечению больных меланомой кожи посвятил свое выступление **заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и терапии и радиационной медицины Тернопольского государственного медицинского университета им. И.Я. Горбачевского, доктор медицинских наук, профессор Игорь Иосифович Галайчук**. Он напомнил, что в лечении меланомы кожи хирургический метод играет ключевую роль, используется при диагностике и для радикального удаления

поверхностных меланом, в составе комбинированного лечения, при удалении метастазов, а также в профилактических целях.

Поверхностная скарификационная биопсия с цитологическим исследованием мазков позволяет диагностировать меланому в течение 40–60 мин. Это ценный метод для клинической



практики. Поверхностные меланомы подлежат удалению без промежуточного этапа эксцизионной биопсии, профилактическая лимфаденэктомия не проводится, контроль регионарного лимфатического коллектора осуществляется регулярным ультразвуковым сканированием. Неоадьювантная химиолучевая терапия (ХЛТ) выполняется при опухолях больших размеров, прогностически неблагоприятных; она позволяет получить частичный регресс и выполнить радикальное или условно радикальное хирургическое вмешательство (часто онкопластическое) с последующим диспансерным наблюдением.

Учитывая риск прогрессирования прогностически неблагоприятной меланомы и актуальность противоопухолевых аутовакцин для этой категории больных, профессора И.И. Галайчук и В.В. Бигуняк в конце 2016 г. инициировали совместное исследование, посвященное разработке технологических основ криоконсервации опухолевых тканей и создания криобанка на базе Института биомедицинских технологий (г. Тернополь). Криоконсервированные ткани предполагается использовать для последующего изготовления аутовакцин в ИЭПОР. На данном этапе исследования ткани сохраняются при  $-196$  и  $-20^{\circ}\text{C}$ , анализируется их морфологическая сохранность в течение разного времени при использовании разных криопротекторов.

При наличии резектабельных метастазов перед хирургическим лечением проводится короткий курс ХЛТ с целью обеспечить абластичность операции. В ходе операции удаляется первичная опухоль, затем блок опухоли с регионарными метастазами, далее юкстарегинарные метастазы. Докладчик представил необычные клинические случаи, демонстрирующие непредсказуемый характер меланомы. В 2001 г. у пациента 34 лет через 1 год после удаления меланомы на коже спины развился метастаз в селезенке. Проведенная спленэктомия оказалась радикальной операцией – пациент жив спустя 16 лет без каких-либо признаков прогрессирования. У другого пациента выявлены множественные метастазы меланомы на туловище и конечностях; после полихимиотерапии (СVD) и диагностической эксцизии 3 опухолей подтверждено наличие *BRAF*-мутации, но пациент не имел доступа к таргетной терапии. В итоге в феврале 2014 г. больному проведена циторедуктивная операция с удалением 28 метастазов с пахово-бедренной лимфаденэктомией справа, и далее – 8 курсов ХТ (доцетаксел, карбоплатин). Ремиссия продолжалась 9 мес, после чего выявлен метастаз между сухожилиями мышц – сгибателей предплечья, который удален после ХЛТ. Впоследствии у пациента появились отдельные метастазы, подлежащие хирургическому лечению. Метастатический очаг ограничен фиброзной капсулой, что привело к «хронизации» течения меланомы и, по мнению автора, объясняется лимфогенным

метастазированием. Докладчик подчеркнул, что умелое сочетание ХЛТ с радикальными операциями требует определенного опыта, но позволяет достичь продолжительной ремиссии у больных с метастатической меланомой. Активный мониторинг состояния больного с использованием ультразвуковой диагностики, компьютерной томографии, самообследования способствует своевременному выявлению резектабельных метастазов.



Медико-организационные подходы к управлению качеством в онкологическом учреждении рассмотрел **руководитель центра науки, медицинских инноваций и мониторинга клинической больницы «Феофания», доктор медицинских наук, профессор Андрей Степанович Котуза**. По его словам, управление качеством предполагает непосредственное влияние на оказание медицинской помощи путем

последовательной реализации управленческих функций, таких как планирование, улучшение организации, управление и контроль. Главный врач онкологического центра и его заместитель могут и должны влиять на факторы, воздействующие на систему управления качеством:

- нарушения логической последовательности действий на диагностическом и лечебном этапах;
- отсутствие преемственности лечебно-диагностического процесса между всеми его участниками;
- отсутствие четкой и понятной системы контроля и экспертизы качества оказания медицинской помощи;
- занижение влияния главных внештатных областных, районных, городских онкологов.

Стандарт ISO9001 предполагает четкую структуру управления качеством в онкологическом центре. К сожалению, многие учреждения обеспечивают контроль качества только перед аккредитацией, и имеющиеся документы не «привязаны» к реальным процессам. Система управления качеством не может существовать только «на бумаге» – это неизбежно ведет к ухудшению качества онкологической помощи. В связи с этим докладчик обсудил перечень проблем и мер, которые могут быть предприняты и заслуживают рассмотрения в отдельной публикации – особенно в преддверии внедрения страховой медицины.

Продолжение следует.

Подготовила **Катерина Котенко**  
Фото автора

3

## Энтеросгель: роль в снижении токсических явлений у онкологических больных

**Коррекция интоксикации, возникающей у онкологических больных вследствие развития опухолевого процесса, а также под действием полихимиотерапии (ПХТ) и других методов лечения, является крайне актуальной проблемой.**

**Энтеросгель (гидрогель метилкремниевой кислоты) – оригинальный кремнийорганический энтеросорбент со специфическим спектром поглотительной активности, обладающий способностью эффективно снижать интоксикацию. В ноябре 2016 г. на двух основных онкологических конференциях в Великобритании (NCR1 и UKONS) были представлены результаты нового исследования, посвященного применению препарата Энтеросгель у онкологических больных, получающих лучевую терапию (ЛТ).**

Энтеросгель – результат длительных разработок, цель которых заключалась в получении безопасного сорбента, который бы выводил из организма токсические вещества, не затрагивая полезных. Результаты многочисленных исследований подтверждают, что данный препарат практически не имеет противопоказаний и побочных эффектов, в том числе при длительном применении в течение полугодия и более.

Энтеросгель сорбирует токсические вещества, оказывает обволакивающее действие и обладает свойством уменьшать или ликвидировать диарею. Сорбент удаляет средние по размеру токсические вещества различного происхождения: бактериальные токсины, продукты обмена веществ (избыток продуктов обмена печени и почек, холестерина и так далее), продукты воспалительных и аллергических реакций, чужеродные вещества (антигены), вирусы, лекарственные препараты, токсические химические вещества, радионуклиды [1]. Препарат не подвергается разложению в кишечнике и выводится из него в неизменном виде через 7–8 ч.

В предшествующих исследованиях была показана эффективность препарата Энтеросгель у больных с постгастрорезекционным синдромом, после резекции тонкой кишки и правосторонней гемиколэктомии. Терапия препаратом Энтеросгель на фоне традиционного лечения уже через трое суток приводила к субъективному улучшению у 85,7% больных. Через 10–12 суток у всех больных, получавших Энтеросгель, в отличие от контрольной группы, нормализовалась дефекация, появилась тенденция к оформленности каловых масс, купировались болевой и диспептический синдромы, отмечались положительные изменения в копрограмме [2].

Ряд авторов отмечают целесообразность применения препарата Энтеросгель в онкохирургии, поскольку препарат позволяет предотвратить или уменьшить тяжесть послеоперационных

осложнений и облегчить течение послеоперационного периода у больных с механической желтухой, улучшить показатели кишечного микробиоценоза, снизить концентрацию токсичных молекул и интенсивность локального протеолиза [1]. Применение препарата Энтеросгель у пациентов, получающих усиленные курсы ПХТ, уменьшает интенсивность тошноты и рвоты, выраженность интоксикации и улучшает структурно-функциональное состояние мембраны эритроцитов [3, 6].

Результаты нового исследования [4] показывают, что Энтеросгель может быть рекомендован в качестве поддерживающей терапии при применении ЛТ тазовой области у больных с миомой матки и раком шейки матки. Лучевые желудочно-кишечные осложнения являются самыми распространенными у таких больных и включают частый стул и мочеиспускание, дизурию, тенезмы, боли в животе, изменения показателей крови. В Великобритании Энтеросгель утвержден как медицинское средство IIА класса при диарее [5]. В связи с хорошим профилем безопасности данный препарат предложен к изучению с целью снижения рвоты и других побочных эффектов ПХТ [6] и ЛТ.

В рандомизированном контролируемом исследовании 90 пациенток Women's health clinic получали ЛТ области таза в сочетании с сопутствующей терапией дисплатином или без нее. Целью исследования было изучение эффективности препарата Энтеросгель в снижении побочных реакций у таких больных. Исследовалось влияние на функциональный статус (ECOG) и такие параметры, как изменение массы тела, диарея, тошнота, лейкоциты крови, тромбоциты и эритроциты, уровни электролитов.

Пациентки были рандомизированы на две группы. Экспериментальная группа получала 45 г препарата Энтеросгель в день (1 столовая ложка 3 раза в день). Контрольная группа не получала поддерживающей терапии.



Результаты были сопоставлены между экспериментальной и контрольной группой на 5-й неделе лечения.

Все пациентки, получавшие Энтеросгель, сообщили о значительном уменьшении диареи, в отличие от пациенток в контрольной группе, а также о меньшей продолжительности тошноты. Кроме того, потеря веса от исходного уровня была значительно ниже в исследуемой группе. Не получено существенных различий между группами по функциональному статусу ECOG, количеству лейкоцитов, тромбоцитов, эритроцитов, уровню калия или натрия. Побочных реакций, связанных с применением препарата Энтеросгель, не наблюдалось.

Исследователи делают вывод, что Энтеросгель эффективен в поддерживающей терапии, направленной на профилактику или уменьшение диареи, тошноты и потери веса, связанных с ЛТ, а также заявляют о целесообразности дальнейших исследований.

### Литература

1. Гунна Л.М. Детоксикационный эффект Энтеросгеля при полихимиотерапии больных распространенными опухолями брюшной полости // Биосорбционные методы и препараты у профилактической та ликувальної практиці: праці перш. наук. – практ. конф. – К., 1997. – С. 33–35.
2. Петухов А.Б. Клиническое применение препарата Энтеросгель у больных с патологией органов пищеварения: новые подходы к терапии. Методические рекомендации для врачей / Пол ред. И.А. Маева, Ю.Н. Шевченко, А.Б. Петухова. – М., 2000. – С. 21–27.
3. Кабан О.П. и соавт. Эффективность и перспективы применения препаратов на основе гидрогеля и ксерогеля метилкремниевой кислоты у больных со злокачественными новообразованиями пищеварительного тракта / Клінічна хірургія. – 2001. – № 1. – С. 34–37.
4. Matkovic V. Enterosorption as a supportive treatment during external radiotherapy in patients with uterine and cervical cancer. 2016.
5. www.ukons.org.
6. Nikolae V.G., Mikhalevsky S., Khajibaev A. (2011). Enterosgel: A Novel Organosilicon Enterosorbent with a Wide Range of Medical Applications. Biodefence: Advanced Materials and Methods for Health Protection. Springer Netherlands. P. 199–211.

Подготовила **Катерина Котенко**

3