

В. П. СТАРЕНЬКИЙ, О. М. СУХІНА, А. В. СВИНАРЕНКО
Л. О. АВЕР'ЯНОВА, В. В. КАРВАСАРСЬКА

ДУ «Інститут медичної радіології ім. С. П. Григор'єва НАМН України», Харків

РЕОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ ВІДДІЛЕННЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ В УМОВАХ ЗБІЛЬШЕННЯ ПОТОКУ ХВОРИХ ІЗ ЗОНИ АТО

THE REORGANIZATION OF FUNCTIONING OF THE DEPARTMENT OF RADIATION THERAPY UNDER CONDITIONS OF THE INCREASING FLOW OF PATIENTS FROM THE ATO ZONE

Більше року Україна живе в умовах надзвичайної ситуації, пов'язаної з бойовими діями в Донецькій і Луганській областях. Становище на південному сході України характеризується глибокою соціально-економічною кризою, що супроводжується зниженням доступності та якості медичної допомоги, масовим переміщенням цивільного населення в більш стабільні регіони країни [1].

За даними звіту Управління ООН з координації гуманітарних питань від 9 січня 2015 р., у зоні бойових дій продовжують залишатися приблизно 5,2 млн осіб, причому 1,4 млн — перебувають у вкрай вразливому стані і потребують гуманітарної допомоги.

Особливо проблематичним є медичне обслуговування в зоні конфлікту. Так, у Луганську залишилося тільки 30 % медичних установ, в Донецькій області їх стало на 15 % менше. Внаслідок цього медичні служби працюють на межі своїх можливостей. Багато об'єктів клінічної інфраструктури зруйновані, існує серйозний дефіцит лікарських засобів, виробів медичного призначення. У таких умовах не може бути й мови про надання повноцінного комплексу медичної допомоги, особливо пацієнтам з онкопатологією.

У результаті військового конфлікту основні клінічні потужності Донбасу виявилися ізольованими від України, що зробило неможливим забезпечення державного контролю якості лікування та матеріального постачання онкоцентрів. Отже, найбільш густонаселений регіон України, який і за стабільних спокійних часів потребував модернізації онкологічної служби, нині опинився сам на сам із суворими проблемами.

Практична відсутність третинної високоспеціалізованої допомоги для жителів зони АТО змушує пацієнтів звертатися до інших медичних установ України (Київ, Харків, Одеса). Однак, на відміну від інших регіональних центрів, Харків офіційно входить до зони АТО, і внаслідок територіальної близькості саме на нього припадає основне навантаження прийому хворих. У цій доповіді ми хочемо поділитися досвідом роботи відділення радіології ІМР в умовах підвищеного навантаження через потік хворих із зони АТО.

За період з 02.2014 р. до 04.2015 р. було прийнято на лікування 98 пацієнтів, що складає близько 10 %

від загального потоку хворих, які отримують лікування у відділенні за рік. Хворі (віком від 28 до 60 років) були, головним чином, жителями Слов'янська, Краматорська, Дебальцевого, Старобільська та інших більш дрібних населених пунктів Луганської та Донецької областей (табл.).

Таблиця

Географія хворих із зони АТО

Місто	Чисельність пацієнтів	
	Абс.	%
Слов'янськ	29	30
Краматорськ	24	25
Дебальцеве	20	20
Старобільськ	15	15
Інші нас. пункти	10	10

Зупиняючись на загальній характеристиці хворих, слід зазначити, що близько третини склали пацієнти з пухлинами жіночої статеві сфери (рак шийки та тіла матки), причому в 70 % випадків це були за давніми формами. З них у 7 спостерігалася кровотеча зі статевих шляхів різного ступеня тяжкості. На другому і третьому за чисельністю місці, відповідно, хворі на рак грудної залози і головного мозку. Більше 9 осіб у групах хворих на рак прямої кишки і недрібноклітинний рак легені. Найменш численною була група з пухлинами голови та шиї.

Привертав увагу низький рівень достовірності онкологічного діагнозу, відсутність морфологічної верифікації діагнозу у третини хворих, а також додаткових даних СКТ/МРТ (або неадекватного проведення цих методів, як приклад, без контрастування) у більш ніж половини пацієнтів. Призначення додаткових досліджень для визначення та уточнення стадій онкологічного процесу вже в умовах стаціонару, а також морфологічної верифікації діагнозу та відповідних консультацій фахівців відклали початок лікування на 10–14 днів.

В ході збору анамнезу додатково виявлялися супутня патологія, її тяжкість і вираженість, а в частині хворих вона була встановлена вперше. Здебільшого це стосувалося осіб віком понад 50 років. Так, у 15 пацієнтів була встановлена гіпертонічна

хвороба, у 17 — хронічний гастрит, у 6 пацієнтів — виразкова хвороба, причому у трьох — у фазі загоєння. Відсутність чітких вказівок у супровідній медичній документації на наявність супутньої патології або її неточне формулювання також призводили до відстрочення початку спеціального лікування в цілому на 5 днів.

Слід особливо докладно зупинитися на психоемоційному статусі осіб, які прибувають із зони АТО.

У період дообстеження, а також на етапах проведення спеціального лікування штатним психологом були діагностовані такі стани: тривожно-фобічні і змішані тривожно-депресивні розлади, підвищення афективних розладів настрою, розлади адаптації, соматоформні розлади з переважанням вегетативних кризів. При спілкуванні з пацієнтами лікарі відзначають, що ті перебувають у стані постійного напруження, переживання за своє життя, життя близьких, родичів, відсутність роботи, коштів на проживання та лікування. Найчастіше виявляли стан невизначеності, невідомості, а також розгубленості через відсутність достовірної інформації. Особливості стану цих пацієнтів вносили певні корективи при сприйнятті інформації про їх хвороби, майбутнє лікування та його перспективи.

Кваліфікована допомога психолога полягала у призначенні релаксаційних методик, сугестивної терапії, глибокої психології, поведінкової психотерапії, дихальних вправ у поєднанні з відповідним медикаментозним лікуванням. Зазначений комплекс реабілітаційних заходів як на етапах підготовки до лікування, так і в процесі його проведення дозволив стабілізувати психоемоційний стан цих хворих, сконцентруватися на лікувальному процесі та звести до мінімуму частоту перерв у спеціальному лікуванні.

Таким чином, потік хворих із зони АТО характеризується досить великою різноманітністю нозологій, серед яких переважають пухлини жіночої статеві сфери за давнини стадій. У 20 % випадків це супроводжується кровотечею. Майже у половини осіб, що звернулися по допомогу, зареєстрований досить низький рівень достовірності отриманого діагнозу, найчастіше через відсутність морфологічної верифікації, додаткових даних КТ і МРТ.

Невідкладні терапевтичні стани спостерігалися у 38 пацієнтів у вигляді гіпертонічного кризу, загоєння виразкової хвороби і хронічного гастриту. Все вищеперелічене справляло значний вплив на показники діяльності стаціонару, а саме, на середню тривалість ліжко-дня, яка порівняно зі середньостатистичною, збільшувалася на 14 днів.

Ускладнювали момент у взаємовідносинах лікаря і пацієнта на всіх етапах лікування психологічні порушення хворих. У цей час допомога психолога може стабілізувати психоемоційний стан, уникнути або згладити конфліктні ситуації не тільки в системі «медперсонал–пацієнт», а й у системі «пацієнт–пацієнт».

Усім хворим вдалося виконати запланований обсяг променевого та хіміопроменевого лікування. Більш ніж у 30 % пацієнтів вже на завершальному етапі спостерігалася позитивна динаміка регресії

пухлини. Збільшення навантаження на устаткування і персонал вирішувалося додатковим введенням 3-годинної зміни, що складається з лікаря — променевого терапевта, рентгенолаборанта, інженера-фізика [2].

Досвід роботи нашого відділення променевої терапії послужив основою для формулювання низки рекомендацій, які допоможуть аналогічним підрозділам оптимізувати свою роботу в умовах систематичного прийому груп хворих із зони АТО. Очевидно, що необхідні корективи не тільки в клінічній роботі, але й у зміні логістики функціонування центрів радіаційної онкології.

По-перше, з метою швидкого прийняття рішення щодо плану дообстеження, тактики спеціального лікування основного захворювання та супутньої патології необхідне створення мобільних груп експертів, які протягом кількох годин здатні надати консультативну допомогу пацієнтам. До складу цих груп, крім онколога, радіолога, хіміотерапевта, повинні входити кваліфіковані фахівці в галузі терапії, хірургії та медичної психології. Така організація роботи може істотно скоротити перебування пацієнта на радіологічному ліжку.

Наявність досить високого відсотка пацієнтів у невідкладних терапевтичних станах, які потребують лікування, а також онкологічних пацієнтів з кровотечами зі статевих шляхів, вимагає створення додаткових запасів медикаментів в аптеці установи, куди обов'язково повинні входити гіпотензивні, седативні, противиразкові препарати, а також такі, що забезпечують гемостаз, кровозамінники. Запаси останніх повинні проводитися з розрахунку 20 % від кількості госпіталізованих онкологічних хворих.

Крім того, необхідно передбачити можливість перформатування режиму роботи відділення:

- перехід з однієї зміни на двозмінний режим;
- підготовку резервної бригади променевої терапії з досвідченим експертом у галузі радіаційної онкології і допоміжним персоналом для виконання рутинних процедур за стандартними протоколами променевої терапії.

Виконання цих рекомендацій допоможе адміністрації установи, керівнику відділення та медперсоналу в короткі терміни адаптуватися до прийому хворих із зони АТО, налагодити повноцінну роботу відділення виключно за рахунок внутрішніх ресурсів за умови, якщо кількість госпіталізованих не перевищує 10 % від звичайного потоку хворих. У разі перевищення цього порога, виникає потреба залучення зовнішніх ресурсів або перерозподілу потоку хворих в інші установи, за наявності такої можливості.

Для виконання останнього пункту необхідні, по-перше, наявність договору про співпрацю та усталені зв'язки з партнерськими установами, по-друге, наявність у цих клініках бригад променевої терапії необхідної кваліфікації, яким можна делегувати частину пацієнтів без зашкодження якості спеціалізованої допомоги. Тобто, йдеться про формування якоїсь регіональної або субрегіональної міжвідомчої мережі радіологічної допомоги населенню.

Історично склалося так, що за останні 5 років насичення радіологічних відділень сучасним обладнанням (лінійні прискорювачі, симулятори) торкнулося переважно західних областей України [3]. А на сході з двох центрів — Донецьк і Харків — активно працюючим залишився тільки Інститут медичної радіології. Створення мережі стане довготривалим проектом з великою перспективою, оскільки сьогодні служитиме виправленню ситуації, пов'язаної із зоною АТО, а в майбутньому дозволить онкоцентрові ефективно працювати в умовах можливої природної чи техногенної катастрофи, при якій також може відбутися порушення усталеного порядку надання спеціалізованої допомоги і переміщення великих мас населення.

Щодо фінансової сторони проблеми, то відомо, що через харківський обласний бюджет онкохворим

із зони АТО виділялася матеріальна допомога (за рік близько 5 млн грн.), яка, однак, передусім витрачалася на придбання дорогих ліків. Якщо ж була необхідна оплата додаткової радіологічної діагностики чи індивідуальних пристосувань для променевої терапії, на це бюджетні кошти, як правило, не передбачалися. Крім того, наукові організації, що не входять до структури МОЗ, були позбавлені можливості додаткового фінансування через облздороввідділи у зв'язку зі збільшеним потоком хворих із зони АТО. Поки що не налагоджене і адресне фінансування лікування онкохворих із зони АТО по лінії міжнародних гуманітарних програм ВООЗ, реалізованих в Україні. Слід пам'ятати також і про специфіку роботи радіологічних відділень: необхідно акумулювати і резервувати кошти для підтримки в робочому стані радіотерапевтичних апаратів і технічної інфраструктури.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. *Перелік міст, включених до зони АТО.* — Режим доступу: <http://www.kmu.gov.ua/control/uk>
2. *Пилипенко М. І. Основи планування інфраструктури радіаційної онкології в Україні / М. І. Пилипенко // Укр. радіол. журн. — 2005. — Т. XIII, вип. 3. — С. 238–240.*
3. *Прокопчук Ю. А. Проблемы интеллектуализации госпитальных и телемедицинских систем / Ю. А. Прокопчук, А. С. Белецкий // Укр. журн. телемедицины и мед. телематики. — 2008. — Т. 6, №3. — С. 244–250.*

Резюме. В данной статье представлены результаты работы отделения лучевой терапии ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины» в условиях увеличенного потока пациентов из зоны АТО. Это послужило основой для формулирования ряда рекомендаций, выполнение которых поможет администрации учреждения, руководителю отделения и медперсоналу в короткие сроки адаптироваться к приему больных из зоны АТО, наладить полноценную работу исключительно за счет внутренних ресурсов.

Ключевые слова: отделение лучевой терапии, пациенты из зоны АТО.

Summary. This article presents the results of the «Grigoriev Institute for Medical Radiology of NAMS of Ukraine» radiotherapy department working under conditions of the increased flow of patients from the ATO zone, implementation of these recommendations will be helpful in the process of adaptation in receiving patients from the ATO zone, and establishing full-fledged department work.

Keywords: radiotherapy department, patients from ATO zone.

Е. Н. СУХИНА, А. В. СВИНАРЕНКО, В. П. СТАРЕНЬКИЙ
Т. П. ГРИЩЕНКО, А. Н. НАСОНОВА, А. С. НЕСТЕРЕНКО

ГУ «Институт медицинской радиологии им. С. П. Григорьева НАМН Украины», Харьков

АНГИОБЛАСТОМНЫЙ ЭФФЕКТ И ТОКСИЧНОСТЬ ХРОНОРАДИОТЕРАПИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ И ШЕЙКИ МАТКИ

ANGIOBLASTIC EFFECT AND TOXICITY OF CHRONORADIOTHERAPY OF RECTAL CANCER AND CERVICAL CANCER

Применение лучевой терапии (ЛТ) при неоперабельных опухолях либо при опухолях, где она в самостоятельном варианте является радикальным методом лечения, предусматривает подведение к первичному очагу опухоли и зонам регионарного

метастазирования так называемых канцероцидных доз, которые для большинства новообразований находятся на уровне 60–80 Гр.

Знание закономерностей изменения на протяжении суток чувствительности нормальных тканей к воздействию таких повреждающих факторов, как радиация и противоопухолевые препараты позволяет найти

© Е. Н. Сухина, А. В. Свиноренко, В. П. Старенький,
Т. П. Грищенко, А. Н. Насонова, А. С. Нестеренко, 2015