

місцевого рецидивування (на 3,6 %) та віддаленого метастазування на 6,8 % порівняно з внутрішньою хемотерапією.

### Література

1. Башеев В.Х. Оптимізація тактики лікування раку нижньоампулярного відділу прямої кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.07 / Дон. держ. мед. ун-т. – Донецьк, 2003. – 32 с.
2. Вибрані лекції з клінічної онкології / За ред. Г.В. Бондаря. – Луганськ: ВАТ «Луганська обласна друкарня», 2009. – 559 с.
3. Бондарь Г.В., Башеев В.Х. Тенденции развития хирургии рака прямой кишки // *Матер. 2-го съезда онкол. стран СНГ.* – К., 2000. – № 711.
4. Tulchinsky H., Shmuell E., Giger A. et al. // *Ann. Surg. Oncol.* – 2008. – Vol. 15. – P. 2661–2667.
5. Ceelen W.P. van Nieuwenhov, Fierens K. // *Cochr. Database. Syst. Rev.* – 2009. – Vol. 1. – CD006041.
6. Кикоть В.А. Пути повышения эффективности лечения рака прямой кишки: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – К., 1989. – 29 с.
7. Benson A.B. // *Clin. Cancer. Res.* – 2007. – Vol. 13. – P. 6913 s – 6920 s.
8. Борота О.В. Ендолімфатична антибактеріальна терапія у одноетапному хірургічному лікуванні хворих із загальними ускладненнями раку ободової кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.14. Дон. держ. мед. ун-т. – Донецьк, 1994. – 22 с.
9. Яковец Ю.И., Гончар А.Г., Борота А.Б. и др. // *Клін. хірург.* – 2001. – № 2. – С. 30–32.

Г.В. Бондар, Ю.В. Думанський, О.Ю. Попович,  
Ю.І. Яковець, І.Є. Седаков, С.Е. Золотухін,  
М.В. Крюков, В.Н. Кравцова

Донецький національний медичний  
університет ім. М.Горького,

Донецький обласний протипухлинний центр

## Актуальні проблеми викладання онкології

### Urgent issues of oncology teaching

**Summary.** High-quality training of medical specialists for Ukrainian health system at the stages of basic medical training is important now. The authors attract the readers' attention to the disadvantages of the new Ukrainian syllabus in oncology, which will inevitably influence the level of knowledge and quality of work of the future Ukrainian medical specialists.

**Key words:** teaching oncology at higher medical schools, oncology syllabus.

**Резюме.** Обеспечение качественной подготовки медицинских кадров для отечественного здравоохранения на этапах базового медицинского образования не теряет своей актуальности. Авторы статьи привлекают внимание читателя к недостаткам новой украинской программы онкологии, которые неизбежно скажутся на уровне знаний и качестве работы будущих медиков Украины.

**Ключевые слова:** преподавание онкологии в медицинских университетах, программа по онкологии.

**Ключові слова:** викладання онкології в медичних університетах, програма з онкології.

Рак залишається однією з найактуальніших і невирішених медичних та соціальних світових проблем. Україна за рівнем онкозахворюваності входить до першої десятки країн світу — щороку виявляється близько 180 тисяч тих, хто вперше захворіли, таким

чином, майже кожний п'ятий мешканець країни протягом життя неминуче захворіє на рак. Рівень захворюваності зростає на 3,0–3,5 % щороку і до 2020 р. за прогнозами, кількість захворілих перевищить 200 тисяч людей на рік, тобто приблизно кожний четвертий українець протягом життя захворіє на рак. Після серцево-судинної ця патологія посідає друге місце серед причин смертності та інвалідизації населення України, тому лікар будь-якого профілю обов'язково натрапляє на неї у своїй щоденній практиці.

Ситуація ускладнюється тим, що понад 60 % випадків раку виявляють у стадії поширеного пухлинного процесу, лікування якого вимагає значних витрат і є малоефективним, тому Україна за рівнем показників виживаності таких хворих помітно поступається іншим європейським країнам.

Проблеми вітчизняної онкології загальновідомі і не завжди пов'язані з недостатнім фінансуванням галузі. Практично відсутні загальнодержавні програми профілактики та скринінгу раку, не приділяється належної уваги пропаганді здорового способу життя, що, як наслідок, — не є модним і престижним (наприклад, не пити і не палити), а в перспективі відбувається подальше зростання онкозахворюваності.

При достатній технічній оснащеності наших лікарень, українським залишається рівень своєчасної діагностики онкозахворювань, наприклад: рак легені (понад 18 тис. захворілих щорічно) вчасно виявляють лише в 24,1 % випадків у I–II стадіях, рак шлунка (12 тис.) — у 38,3 %, пухлини товстої кишки (18,6 тис.) — у 53–67 % випадків. Головна причина цього — низький рівень онконастороженості лікарів усіх спеціальностей через недостатню і неправильну підготовку з проблем онкології та негативне ставлення населення до профілактичних обстежень і рекомендацій лікаря.

Водночас проблема якісної підготовки кадрів залишається нерозв'язаною, незважаючи на прийнятий 23 грудня 2009 року закон № 1794-VI «Загальнодержавна програма боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року», в якому зазначена необхідність «удосконалити систему викладання навчальних дисциплін з онкології у медичних навчальних закладах ... підвищити рівень підготовки медичних працівників з онкологічних спеціальностей, а також тих медичних працівників, які надають первинну лікувально-профілактичну допомогу у закладах охорони здоров'я ...».

Всупереч реальним потребам держави й охорони здоров'я, протягом останнього десятиріччя навчальний план викладання онкології в медичних ВНЗ України, незважаючи на багаторазові обґрунтовані заперечення онкологів, був скорочений більш ніж удвічі. У зв'язку з ухваленням Болонської декларації, у новому (експериментальному) навчальному плані, до розробки якого онкологів узагалі не залучали, відбулося подальше скорочення навчального плану з онкології: в таких планах на 2005 і 2007 рр. онкологію на 6-му курсі було ліквідовано взагалі, скороче-

ний цикл з онкології передбачено лише на 5-му курсі і він складається лише з 50 годин практичних занять та 5 лекцій (наприклад, майже такий же час відведено на релігієзнавство і політологію). При цьому, згідно з вимогами Болонської програми, за винятком часу, призначеного на тестовий поточний і модульний контроль знань та курацію хворих для написання історії хвороби, реально на викладання однієї з найважливіших медичних дисциплін відводиться тільки 35 годин аудиторних занять. Поряд з тим, що на багато інших предметів, які мають дуже опосередковане відношення до медичної освіти та проблем охорони здоров'я, відведено, невідомо чому, багато навчального часу.

У результаті подібних необґрунтованих перекроювань навчальних програм вищої медичної освіти, які не відповідають державним інтересам, на сьогодні складається ситуація, коли кафедри онкології багатьох медичних ВНЗ України взагалі перестають існувати. Відновлення циклу онкології на 6-му курсі реально планується навчальним планом 2009 р. тільки з 2015 року, причому кількість навчальних годин ще навіть не заплановано. Хто ж і як навчатиме студентів онкології, тим більше, що в Україні існує єдина служба надання онкодопомоги населенню, в якій кафедри онкології завжди відігравали провідну роль і яка досі вважається у світі найбільш перспективною.

Означені проблеми не раз були обговорені: на XI з'їзді онкологів України, щорічних нарадах завідувачів кафедр онкології (востаннє — 16 квітня 2010 року) та засіданнях МОЗ України, коли було висловлено серйозне занепокоєння положенням, яке склалося, що й було відображено в національній програмі «Онкологія».

На підставі викладеного вище, виконуючи задачі «Загальнодержавної програми боротьби з онкологічними захворюваннями на період до 2016 року» вважаємо за необхідне прийняти невідкладні заходи щодо забезпечення навчального плану з онкології на необхідному рівні: затвердити на 5-му курсі існуючий 90-годинний цикл онкології (3 кредити ECTS), додатково до того, на 6-му курсі необхідно ввести 90-годинний цикл (3 кредити ECTS) з онкології в межах дисципліни «хірургія, дитяча хірургія та онкологія» для спеціальності «лікувальна справа» (5 лекцій — 10 годин, 10 практичних занять — 50 годин, позааудиторна підготовка — 30 годин) і 60-годинні цикли (3 лекції — 6 годин, 6 практичних занять — 30 годин, 18 годин позааудиторної підготовки) за спеціальностями «педіатрія» і «медико-профілактична справа».

Альтернативним рішенням може бути введення до навчального плану з онкології на 6-му курсі (за рахунок 80 годин, призначених для елективних курсів) такого важливого для лікарів усіх спеціальностей предмета, як «Паліативна медична допомога», який є обов'язковим у програмі вищої медичної освіти усіх європейських країн. Програма з курсу паліативної медицини (4,5 кредити ECTS), як елективний курс, за дорученням Центрального методичного кабінету з вищої медичної освіти МОЗ України, розроблена опорною

кафедрою онкології Донецького національного медичного університету, однак її введення в навчальний план передбачене лише з 2015 року.

За рік, що минув від початку викладання курсу онкології за кредитно-модульною системою, вже з'явився практичний досвід, що дозволяє сформулювати основні напрямки удосконалення викладання онкології.

Мета такого викладання на 5-му курсі медичного ВНЗ визначена так, що студенти після закінчення курсу повинні вміти:

визначати тактику обстеження і ведення хворого у випадку підозри на злоякісну пухлину;

інтерпретувати результати спеціальних методів обстеження;

формулювати попередній клінічний діагноз основних онкозахворювань;

визначати тактику ведення хворих з найпоширенішими онкозахворюваннями;

демонструвати вміння ведення медичної документації в клініці онкології;

демонструвати володіння принципами онкологічної деонтології.

Як бачимо, мета досить скромна, найважливішим нам видається ключовий момент — сам факт виникнення підозри (припущення) про можливість наявності у хворого злоякісної пухлини. Нинішній незадовільний стан ранньої діагностики онкозахворювань ставить перед нами завдання виховання у майбутніх лікарів, насамперед, онконастороженості, яка базується на знанні про розповсюдженість онкозахворювань, причини їх виникнення та клінічні прояви у найперших стадіях. Студенти повинні знати, що більшість онкозахворювань у ранніх стадіях мають безсимптомний перебіг і для їх своєчасного виявлення необхідна активна інструментальна діагностика. Ми повинні прищепити їм переконаність у тому, що раннє виявлення — це запорука повного одужання хворого, тоді як «класична» діагностика за «принципом звернення», заснована на клінічних проявах раку, призводить до виявлення, в основному, його поширених форм, терапія яких складна, дуже витратна і не завжди ефективна. Саме тому в новому міжкафедральному підручнику «Вибрані лекції з клінічної онкології», затвердженому МОЗ та МОН України, особливу увагу приділено питанням профілактики, методам сучасної доклінічної та ранньої діагностики раку.

Щодо цього також слід відзначити важливість перегляду програми викладання методів раннього та доклінічного виявлення пухлин, розширення інформації і знань про основні принципи сучасних методів променевої діагностики, причому йдеться не тільки про рентгенологію, але й про УЗД, комп'ютерну та магнітнорезонансну томографію, що стали рутинними й розповсюдженими в наших медзакладах. Тлумачення результатів даних досліджень уже давно є обов'язковим для лікарів первинної ланки у західних країнах, між тим як у наших навчальних програмах жодного часу для засвоєння останніх не передбачено.

Реалізація зазначених заходів, безперечно, сприятиме розв'язанню серйозної національної проблеми, підвищенню рівня надання онкодопомоги, поліпшенню підготовки спеціалістів та успіху важливої державної програми «Онкологія».

### Література

1. Бабиніна Л.Я., Головань Д.І., Дядичева Т.В. та ін. // *Мед. освіта.* – 2000. – № 1. – С. 42–43.
2. Казакова Р.В. // *Вісн. стоматол.* – 1998. – № 1. – С. 122–124.
3. Леха В.Н., Борвинко Е.В., Максименко О.П. // *Мед. освіта.* – 2000. – № 1. – С. 30–31.
4. Топоров Г.Н. // *Врач. дело.* – 1992. – № 9. – С. 116–118.

Г.В. Бондар, Н.Г. Семікоз, О.В. Борота,  
М.В. Бондаренко, О.Ю. Кияшко

*Донецький обласний протипухлинний центр*

## Безпосередні та віддалені результати лікування хворих на нерезектабельний рак прямої кишки

### Immediate and long-term results of treatment for inoperable rectal cancer

**Summary.** A new solution of a scientific task of modern oncology, i.e. improvement of immediate and long-term results of treatment for inoperable local rectal cancer by means of regional intra-arterial chemotherapy using the original technique, is presented.

**Key words:** inoperable local rectal cancer.

**Резюме.** Представлено новое решение научной задачи современной онкопроктологии — улучшение непосредственных и отдаленных результатов лечения больных с нерезектабельным местно-распространенным раком прямой кишки путем использования в лечении регионарной внутриартериальной химиотерапии по разработанному в клинике способу.

**Ключевые слова:** нерезектабельный местно-распространенный рак прямой кишки.

**Ключові слова:** нерезектабельний місцево-поширений рак прямої кишки.

Задавні форми раку прямої кишки (РПК) дуже часто супроводжуються вираженими болями в задньому проході, запальними перифокальними реакціями, найчастіше — утворенням нориць, розпадом і кровоточивістю пухлин, посиленням болю при дефекації й страхом випорожнення. Тому симптоматичне й паліативне лікування РПК й анального каналу набуває край важливого значення, якщо не для збільшення тривалості життя, то хоча б для поліпшення його якості, ліквідації тяжких симптомів. До паліативних і симптоматичних заходів слід віднести променеву терапію (ПТ) та хемотерапію (ХТ) з метою зменшення пухлинного росту [1–5].

До дослідження було включено 98 пацієнтів з нерезектабельним місцево-поширеним раком прямої кишки (МП РПК), які отримали лікування в Донецькому обласному протипухлинному центрі за період 2000–2007 рр. зі стадією T4N0–2M0 за 5-ю класифікацією міжнародного протиракового товариства, з іммобільними пухлинами прямої кишки без віддалених метастазів, які проростають стінки малого таза,

магістральні судини, устя сечоводів, шийку сечового міхура, передміхурову залозу в чоловіків, піхву в жінок, іноді з утворенням нориць між прямою кишкою та піхвою і сечовим міхуром.

Пацієнти контрольної групи (50 осіб) отримали лікування, яке складалося з ПТ, оперативного лікування у вигляді розвантажувальної колостоми, системної ХТ.

Хворі дослідної групи (48) отримали лікування, що складалося з ПТ, оперативного лікування у вигляді катетеризації верхньої прямокишкової артерії, у частини хворих доповнене розвантажувальною колоостою, або колопексією, регіонарною внутріартеріальною хемотерапією.

Проведений порівняльний аналіз за найбільш важливими прогностичними ознаками: стать, вік, гістологічна структура пухлини, локалізація, супутня патологія, ускладнений перебіг РПК у хворих контрольної й основної груп показав однорідність ( $p > 0,05$ ) досліджуваного контингенту, що свідчить про правомочність порівняння цих груп хворих.

Пацієнтам контрольної і дослідної груп лікування починали в Донецькому обласному протипухлинному центрі за розробленою тактикою проведення інтенсивно-розщепленого курсу ПТ: перший етап — великими фракціями разовою осередковою дозою (РОД) — 5 Гр, сумарною осередковою дозою (СОД) — 25 Гр, через 3 тижні — повторна оцінка пухлини та другий етап: променеве лікування середніми фракціями, РОД — 2,0–2,5 Гр, СОД — 25–30 Гр.

У зв'язку з наростанням явищ кишкової непрохідності хворим обох груп виконували лапаротомію, ревізію органів черевної порожнини, розвантажувальну колостому. Пацієнтам основної дослідної групи, крім того, проводили катетеризацію верхньої прямокишкової артерії розробленим у клініці способом, у частини хворих формували розвантажувальну колостому, або колопексію.

У перший день від моменту оперативного втручання в осіб контрольної групи починали проведення традиційної антибіотикотерапії. У дослідній групі виконували внутріартеріальну антибіотикотерапію, у хворих із явищами кровотечі — у контрольній групі системну, у дослідній — регіонарну гемостатичну терапію.

Потім у контрольній групі на 5–7-му добу після операції розпочинали системну внутрішню ХТ. Хемопрепарат вводили 1 раз на добу краплинним методом протягом 3–4 годин. Усі хворі отримували 5-фторурацил за схемою Мейо у разовій дозі 425 мг/м<sup>2</sup> на фоні лейковорину 20,0 мг/м<sup>2</sup>.

У дослідній групі регіонарну внутріартеріальну ХТ проводили з 2–5-ї доби після операції. Вводили хемопрепарат 1 раз на добу за допомогою електромеханічного ін'єктора ДШ-07. Усі хворі отримували 5-фторурацил у разовій дозі 250–750 мг/м<sup>2</sup> до сумарної дози 5000–7500 мг.

Отримали 1 курс ХТ 12 (27,3 ± 6,7) % хворих контрольної та 14 (29,2 ± 6,6) % — дослідної гру-