

Результати. Протягом перших 2-3 тижнів після завершення повного курсу аплікаційної брахітерапії сумарною осередковою дозою 36 Гр при щоденному опроміненні разовою осередковою дозою 6 Гр у всіх пацієнтів спостерігалися місцеві променеві реакції I-II ступеня у вигляді тимчасового набряку і гіперемії оточуючих здорових тканин, до яких підводилася 60-80% ізодоза від зазначеної загальної дози згідно з рекомендаціями. З 3-4-го тижня після закінчення лікування променеві реакції вщухали, а на місці опромінення утворювалася кірка, під якою формувалася нова молода тканина. Через 3 місяці після проходження курсу опромінення у всіх пацієнтів спостерігали повний регрес пухлинного вогнища.

Висновок. Застосування аплікаційного методу HDR брахітерапії в режимі опромінення 36 Гр за 6 фракцій є ефективним при лікуванні локальних стадій немеланомного раку шкіри шляхом індивідуального 3D-планування і КТ-симуляції. Завдяки вчасно встановленому діагнозу і радикально проведеному лікуванню спостерігається повний регрес пухлинного вогнища без видимих косметологічних дефектів.

САРКОЇДОЗ ЛЕГЕНЬ: ТРУДНОЩІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Гураль О.А.¹, Милан Ю.П.², Рак Л.М.²

¹КУ ЛОР Львівський регіональний
фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-
діагностичний центр, м. Львів

²Львівський державний онкологічний
регіональний лікувально-діагностичний центр,
м. Львів, Україна

Вступ. Саркоїдоз (хвороба Беньє-Бека-Шаумана) – це системне захворювання, яке найчастіше уражує осіб молодого віку та характеризується утворенням неказеозних епітеліоїдноклітинних гранулом, які можуть локалізуватися у різних органах та системах, що зумовлює варіабельність клінічної маніфестації даної нозології. Незважаючи на це, легенева форма саркоїдозу з ураженням внутрішньо грудних лімфатичних вузлів на практиці спостерігається більш ніж у 90% випадків та на рентгенограмах і зображеннях КТ найчастіше відповідає картині вогнищевої дисемінації.

Мета дослідження — на основі випадків із практики (оцінки клінічних та лабораторних даних, аналізу змін на рентгенограмах та зображеннях КТ) розглянути, що оцінити цінність основних критеріїв діагностики та сформулювати диференційно-діагностичний підхід.

Матеріали та методи. Для формування критеріїв диференційної діагностики використовувалися практичні випадки – 28 пацієнтів, які надходили з попереднім діагнозом «саркоїдоз органів дихання», дані літератури, результати обстежень закордонних колег, оцінка результатів рентгенографії та КТ для визначення стадії захворювання на основі рентгенологічних критеріїв діагностики.

Результати дослідження та їх обговорення. Із загальної кількості пацієнтів з підтвердженим діагнозом саркоїдозу у 6 (21,4%) була встановлена I стадія захворювання, у 10 (35,7%) – II стадія, у 10 (35,7%) пацієнтів III стадія та у 2 (7,1%) пацієнтів – IV стадія.

У 5 випадках діагноз саркоїдозу був підтверджений лабораторно-інструментальними методами та гістологічно. 4 випадки саркоїдозу встановлено на підставі лише лабораторно-інструментальних методів. У 19 випадках встановлення діагнозу базувалося на клінічних та рентгенологічних даних.

Усім пацієнтам після встановлення діагнозу призначено гормональну терапію, на тлі якої була клінічна та рентгенологічна позитивна динаміка.

При оцінці рентгенограм та комп'ютерних томограм першочергово оцінювали стан органів грудної клітки – наявність/відсутність внутрішньогрудної лімфаденопатії та зміни в легеневій паренхімі. Враховувалися: 1) локалізація та характер поширення змін; 2) типи патернів; 3) рівномірність/нерівномірність та симетричність процесу; 4) поліморфізм вогнищ та схильність до злиття; 5) наявність у легеневій паренхімі фіброзних та деструктивних змін; 6) динаміка процесу на тлі гормональної терапії.

Перша стадія саркоїдозу проявляється двосторонньою лімфаденопатією.

Для саркоїдозу в другій стадії характерне лімфогенне поширення процесу в легеневу тканину з подальшою симетричною дисемінацією, формуванням різнокаліберних вогнищ, наявністю збільшених бронхопульмональних і медіастинальних лімфатичних вузлів та відсутністю деструкцій.

Третя стадія характеризується змінами лише паренхіми легень, які на тлі гормонального лікування можуть регресувати або зазнати фіброзної трансформації, характерної вже для четвертої стадії саркоїдозу.

Висновки. Рентгенографія та СКТ як додатковий метод у важких діагностичних випадках залишаються найважливішими в диференційній діагностиці саркоїдозу. Лабораторна діагностика за нетипової рентгенологічної та/або КТ-картини дозволяє підтвердити попередній діагноз саркоїдозу.

Гістологічне підтвердження діагнозу важливе при проведенні диференційної діагностики з іншими інтерстиційними захворюваннями, а іноді з високодиференційованою аденокарциномою чи лімфомою.

РІЗНІ РФП У РАДІОНУКЛІДНІЙ ТЕРАПІЇ МЕТАСТАТИЧНОГО УРАЖЕННЯ КІСТОК

Даниленко В.В., Солодянникова О.І.,

Саган Д.Л., Сукач Г.Г.

Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Вступ. Попри широке використання бісфосфонатів, таргетних та гормональних препаратів, лікування на стадії кісткового метастазування і далі залишається складною в багатьох відношеннях проблемою. Радіонуклідна терапія досить широко застосовується в розвинених країнах при лікуванні множинних кісткових метастазів як терапія «останньої лінії».

Матеріали та методи. Для аналізу знеболюючого впливу різних РФП при метастатичному ураженні кісток у нашій роботі ми використовували шкалу оцінки інтенсивності болю (ЛАКОМЕД). Радіонуклідна терапія проводилась відповідно до стандартизованих протоколів лікування РФП у відкритому вигляді (Nuclear Medicine Resources Manual, 2006). Серед пролікованих хворих 58 з РГЗ, 30 – з РПЗ, 6 – із раком легень, 4 – з раком нирки, 1 – із раком шийки матки і 1 – із раком ректосигмоїдального кута товстого

кишечника. З них 64 жінки і 36 чоловіків. Вік пролікованих — від 32 до 78 років. Середній вік ($55,0 \pm 11,6$) року. У 94 пацієнтів (90%) наявність кісткових метастазів визначалася із допомогою остеосцинтиграфії з $^{99m}\text{Tc-MDP}$. У 6 пацієнтів діагноз кісткового ураження верифікувався іншими методами променевої діагностики.

У порівняльний аналіз включені результати лікування ^{32}P ($n=30$), ^{89}Sr ($n=30$) та ^{153}Sm ($n=40$). Проведений аналіз протипольової ефективності ^{153}Sm залежно від кількості курсів терапії. Оцінювалася переносимість ^{153}Sm за шкалою CTCNCA(v)4.3.

Результати. Встановлено, що інтенсивність болю до та після лікування різними РФП змінювалась таким чином: ^{32}P — до лікування $7,1 \pm 1,5$, після лікування — $5,0 \pm 3,1^*$ ($p < 0,05$); ^{89}Sr — до лікування $8,0 \pm 2,2$, після лікування — $4,8 \pm 1,5^*$ ($p < 0,05$); ^{153}Sm — до лікування $8,4 \pm 1,3$, після лікування — $3,5 \pm 1,8^*$ ($p < 0,05$). Отже, під впливом радіонуклідної терапії відмічалось зниження рівня болю до 3-5 балів, що становило в середньому 47%. Відмічено, що найвищий бальний показник протипольової дії препарату відмічався після 3-го курсу лікування і становив 3,5 бали проти 1,9 після 1 курсу. Приріст дорівнював 45,7%.

Виявлено, що за бальною оцінкою найкраща переносимість характерна для ^{153}Sm і відповідає рівню «хороша» за шкалою CTCNCA(v)4.3. При використанні ^{89}Sr переносимість препарату була дещо нижчою, але теж не потребувала відміни препарату. Найгірша переносимість характерна для ^{32}P і наближалась до «задовільної». У 5 хворих відмічались побічні ефекти, які потребували додаткових лікувальних заходів.

Установлено, що переносимість препарату ^{153}Sm знижувалась залежно від кількості курсів терапії. Так, показник переносимості після першого курсу лікування становив $3,5 \pm 1,6$, тоді як після третього курсу він дорівнював $1,5 \pm 0,8$, що становило статистично вірогідну різницю ($p < 0,05$).

Висновки

1. Радіонуклідна терапія може бути застосована в комплексному лікуванні метастатичного ураження кісткової системи при злоякісних пухлинах різної локалізації.

2. Найбільш ефективним в порівнянні з ^{32}P і ^{89}Sr в лікуванні кісткових метастазів за знеболюючою дією та переносимістю препарату є ^{153}Sm оксабіфор ($p < 0,05$).

3. ^{153}Sm -оксабіфор характеризується високим рівнем накопичення РПФ у метастатичному вогнищі при мінімальних побічних ефектах.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ІНТРАКРАНІАЛЬНИХ ПУХЛИН У ДІТЕЙ З ВИКОРИСТАННЯМ МРТ ТА НЕЙРОСОНОГРАФІЇ

Духовська М.О., Духовський К.О.,

Федорович Б.О., Васильєв О.О.

Харківська медична академія

післядипломної освіти, м. Харків, Україна

Вступ. Пухлини ЦНС мають найвищу питому вагу в структурі захворюваності на злоякісні пухлини дитячого населення в Україні, та посідають друге місце після лейкозів, становлячи 2,1:100000 популяції. Інтракраніальні пухлини становлять 70% всіх пух-

лин ЦНС. За даними Європейського союзу медичних спеціалістів (UEMS) останніми роками спостерігається зростання кількості вперше виявлених новоутворень ЦНС у дітей на 1% кожні 5 років. Сучасних даних про променеву диференційну діагностику та алгоритм проведення діагностичних заходів при інтракраніальних пухлинах у дітей замало, тому тема дослідження є досить актуальною.

Мета дослідження — покращення диференційної діагностики інтракраніальних пухлин у дітей за допомогою комплексного променевого дослідження, шляхом використання магнітно-резонансної томографії та нейросонографії.

Матеріали та методи. Вивчені результати обстеження і лікування 18 дітей віком від новонароджених до 5 років із попереднім діагнозом — «об'ємне утворення головного мозку», з них 11 дівчаток та 7 хлопчиків. Віком від 0 до 1 року — 6 дітей, від 1 до 3 років — 5 дітей та від 3 до 5 років — 7 дітей. 9 з усіх дітей пройшли нейросонографічне дослідження (НСГ), та усім дітям проводилась магнітно-резонансна томографія (МРТ) із контрастуванням до та після операції. НСГ проводилась дітям від новонародженості до 1 року за допомогою датчиків 3,5-7,5 МГц у коронарних, сагітальних та аксіальних площинах через велике та передньобокове тім'ячко. Надалі планується використання транскраніальної методики та через кісткові дефекти дітям старшим за 1 рік, у післяопераційному періоді. За результатами скринінгової НСГ нормальні показники при народженні або незначні відхилення від норми мали 4 дитини, а діагноз «об'ємне утворення» встановлено 5 дітям. МРТ проводилася на апаратах: Signa 1.5 T HDe та Siemens Magnetom C 0,35 T за таким протоколом: Flair tra, T2 sag, T1 cor, DWI tra, 3-D-TOF, T1 tra, sag та cor Post-Gd.

Результати. За результатами МРТ діагноз «інтракраніальна пухлина» встановлено у 12 дітей, у 6 дітей з подібною неврологічною симптоматикою об'ємного утворення головного мозку діагноз не підтвердився. На доопераційному етапі за локалізацією виявлені пухлини поділялися на супратенторіальні у 4 дітей, інфратенторіальні у 5, внутрішньощлуночкові — у 2, селярно-параселярна пухлина була у 1 дитини. Під час проведення дослідження визначилися перші диференційні МР-ознаки деяких гістологічних типів ембріональних пухлин та їх зв'язок з УЗ-ознаками, а саме астроцитом, хореодіпаїлом, тератом. Астроцитом при нейросонографії виглядала, як неоднорідне гіперехогенне утворення, що характеризується легким мас-ефектом у вигляді зміщення серединних структур у правий гіпоехогенний бік. На МРТ астроцитоми мали ізо- та гіпоінтенсивний МР-сигнал на T1-BB томограмах і неоднорідно підвищений сигнал на T2-BB томограмах із нечіткими контурами з кістозним компонентом, мінімально вираженим перифокальним набряком. Накопичення контрасту було слабким. У однієї дитини при нейросонографії було встановлено розширення бокового шлуночка та наявність гіперехогенного утворення, що має зв'язок із хореодіальним сплетінням у ньому. Для диференційної діагностики застосовано доплерографію, що вказала на наявність васкуляризації. При МРТ пухлина мала ізоінтенсивний сигнал у T1 33 та гіперінтенсивний сигнал із маленькими ділянками,