

Максимальная толщина стенок червеобразного отростка в норме составляет $\leq 2,5$ мм. В клинической практике обычно измеряется его максимальный диаметр, который составляет меньше 6 мм. Брыжейка тонкой кишки визуализируется в виде чередующихся параллельных гипер- и гипоехогенных структур толщиной 7–12 мм. Толщина брыжейки ободочной кишки превышает 1 см. При ожирении и метаболическом синдроме толщина ее увеличивается. При острых и хронических воспалительных заболеваниях (острый аппендицит, дивертикулит, болезнь Крона), при опухолевых заболеваниях кишечника экзогенность брыжеечного жира значительно увеличивается и он носит «ползуший», окутывающий и фиксирующий характер.

Выводы. Знание нормальной анатомии и эмбриологии кишечника, физических основ ультразвука, включая феномены артефактов, а также доплерографии и эластографии лежит в основе УЗИ ЖКТ.

КРИТЕРІЇ RECIST В ОЦІНЦІ – ВІДПОВІДІ НА ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАЗІВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ В ПЕЧІНКУ

Лаврик Г.В., Головка Т.С., Лукашенко А.В., Шевчук Л.А., Бакай О.О., Халілеєв О.О., Руда Л.В., Несторак М.В.
Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Актуальність. Адекватна оцінка змін у метастатичному осередку протягом періоду лікування має вирішальне значення у прийнятті рішення про його продовження чи перегляд тактики. Поява нових хіміотерапевтичних препаратів, молекулярних агентів спрямованої дії на рецептори фактору росту ендотелію (VEGF) сформованої пухлинної судинної стінки, застосування їх у пацієнтів із МТС у печінці диктує необхідність перегляду оцінки ефективності лікування. Можливості нової діагностичної апаратури визначають потребу у впровадженні нових критеріїв (RECIST) реагування пухлини протягом періоду лікування (для обліку та оцінки результатів).

Матеріал та методи. Проведено та проаналізовано результати 237 СКТ-досліджень у пацієнтів із поширеним метастатичним процесом колоректального раку (КРР) у печінці. Результати досліджень співставлено із морфологічною верифікацією біопсійного / операційного матеріалу. Проведено базові дослідження та порівняння анатомічних вимірювань МТС — вогнищ протягом періоду лікування. Основними оціночними критеріями вибрано: розміри та кількість вогнищ у печінці (два в органі та один вимір); розміри ЛВ < 1,5 см; перелік невимірних (не оцінюваних) уражень (інфільтрація, асцит, МТС в інші органи). Критерії відповіді на лікування: повна, часткова відповідь, прогресування, стабілізація.

Результати досліджень. Результати СКТ були інформативними у відношенні анатомічної локалізації у печінці, але мали місце випадки ХП (7,9%) та ХН (10,8%) результатів, при позапечінковому поширенні (Т – 91,6; Ч – 97,2). Показники точності анатомічних вимірювань осередків у печінці в межах похибки вимірювань становили 1–3 см, що не позначилось на результатах подальшої оцінки ефективності лікування. Підвищення щільності (97,8%)

периферичної зони пухлини в артеріальну фазу свідчило про активний неопангіогенез. Зміна розміру пухлини визначена у 75% контрольних досліджень після ПХТ та розцінена як позитивний індикатор відповіді на лікування. Пониження (86,7%) щільності та стоншення гіперденсної перифокальної зони корелює із позитивним ефектом лікування. Зміну її ширини визначено у 51,8% спостережень після I курсу, 71,7% – II, 85,5% – III курсу ПХТ. Пониження щільності основної маси пухлини корелює із некрозом (29,9%), рідинним вмістом (17,7%) без зміни розміру пухлини, що розцінено як позитивний ефект лікування. Протягом періоду ПХТ часткова регресія була визначена у 45,9% спостережень, 36,4% – стабілізація, 17,7% — прогресування.

Висновки. Застосування методу СКТ дозволило визначити поширеність метастатичного процесу в печінці. Зіставлення результатів базових досліджень із даними проведеного моніторингу дозволило оцінити ефективність ПХТ та визначитися із подальшою тактикою лікування.

ВИЗНАЧЕННЯ ПРОГНОЗУ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОЇ ЛІМФОБЛАСТНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ ЗА ДИНАМІКОЮ РІВНІВ ТИМІДІНКІНАЗИ І β_2 -МІКРОГЛОБУЛІНУ

Мазур А.Г.¹, Ткаченко М.М.¹,
Миронова О.В.¹, Горіянова Н.В.²
¹Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна
²ДУ «Інститут гематології та трансфузіології
НАМН України», м. Київ, Україна

Мета роботи — дослідити перебіг гострої лімфобластної лейкемії (ГЛЛ) шляхом визначення рівнів пухлинних маркерів (ПМ) тимідинкінази (ТК) і β_2 -мікроглобуліну (β_2 -МКГ) у сироватці крові методом радіоімунного аналізу (RIA) в динаміці лікування.

Матеріали та методи. Обстежено 36 хворих на ГЛЛ віком 17-69 років (21 чоловік і 15 жінок) та 16 добровольців. У всіх крім загальноприйнятих аналізів, досліджувались ТК (норма 0-5 Од/л) і β_2 -МКГ (норма 1,0-2,4 мг/л) у сироватці крові до початку та після завершення індукції ремісії. Хворі перебували на лікуванні в гематологічному відділенні №1 КМКЛ №9, що є клінічною базою відділення захворювань системи крові ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України». Рецидив вважався раннім при виникненні протягом 6 місяців після досягнення первинної ремісії, пізнім — через півроку після її досягнення. Первинна резистентність констатувалась при не досягнутій ремісії після 2 курсів ХТ, вторинна — при виникненні рецидиву в ремісії на тлі ХТ. Із хворих на ГЛЛ по FAB-класифікації 31 пацієнт мав В-клітинну форму, 5 пацієнтів — змішано-клітинну. За результатами лікування вони поділені на групи: ІА (n=11) — з тривалістю повної ремісії >2 років; ІБ (n=10) — резистентні до ХТ, які загинули на етапі індукції ремісії; ІВ (n=15) — з рецидивом захворювання після ремісії.

Результати. Клінічна картина ГЛЛ на початку захворювання була одноманітною серед всіх пацієнтів. Після завершення ХТ 6 пацієнтів групи ІБ (16,7%) визнані резистентними, 4 (11,1%) загинули, а 26 пацієнтів груп ІА та ІВ (72,2%) ввійшли у клініко-гематологічну ремісію. Її тривалість у групі ІА становила