

гіперперфузією мозку з виникненням гіпоксично-ішемічного ураження мозку чи інфаркту, незалежно від гестаційного віку дитини. Але у недоношених дітей найбільш чутлива до гіперперфузії роздільна зона між центральною й периферичною судинними територіями в навколошлуночкової білій речовині мозку, де виникає пошкодження кровоносних судин головного мозку та перивентрикулярна лейкомаляція (ПВЛ).

ПВЛ може ускладнюватись вторинним крововиливом у паренхіму мозку чи внутрішньошлуночковим крововиливом. З часом набряк паренхіми мозку спадає, некротичні маси розсмоктуються, а на їхньому місці виникають псевдокісти. Потім маленькі псевдокісти спадають й утворюють гліальні рубці з атрофією білої речовини мозку. Великі псевдокісти, зливаючись між собою, формують поренцефалію.

Глибока, тривала гіперперфузія з ішемією може призвести до пошкодження паренхіми у зонах розподілу крові, які знаходяться в корі зрілого мозку. Центральна сіра речовина й мозочок звичай не страждають. В інших випадках більше ушкоджуються базальні ядра з наступним гліозом. У разі глибокої гіпоксії та ішемії може виникнути дифузне ураження мозку з некрозом нервових клітин, токсичним набряком мозку і наступним дифузним некрозом його кори – мультикістозна енцефаломаліяція. Ускладненням цього патологічного процесу є заміщення некротичних мас псевдокістами, розвиток мікроцефалії з клінікою тяжкого психомоторного ураження. Ушкодження білої речовини навколо білих шлуночків мозку спричиняє формування специфічної форми дитячого церебрального паралічу – первинної спастичної диплегії або тетраплегії.

Великий однобічний ІВК може викликати закупорювання вен, венозний застій і локальну ішемію в навколошлуночкової білій речовині мозку. Завдяки реперфузії може виникнути вторинний геморагічний інфаркт. На відміну від ПВЛ він частіше виявляється в передній навколошлуночкової зоні й біля трикутників бічних шлуночків мозку. Як наслідок ІВК, у 6,9% дітей виникає гідроцефалія.

Таким чином, фізіологія головного мозку й патологія мозковосудинних уражень різна у недоношених і доношених дітей, що обумовлюється дозріванням мозку й зміною його кровообігу. Але між 34 і 36-м тижнями гестації можливий той чи інший тип ураження, що залежить від розвитку мозку на момент виникнення ураження. Перинатальні мозковосудинні ураження у немовлят бувають різні навіть у тих випадках, коли механізм ушкодження головного мозку однаковий.

Безпосередньо діючі на нейронні системи, ураження мозку може бути першопричиною психічних розладів.

На пізніших стадіях розвитку у дітей із перинатальними мозковосудинними ураженнями більш помітними та вираженими стають порушення психічного реєстру, які можуть проявлятися протягом усього життя. Такими є: поведінкові та емоційні розлади, які починаються в дитячому та підлітковому віці; розлади адаптації, невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади; специфічні розлади особистості. Серед вищеперахованих найчастіше зустрічаються гіперкінетичні розлади, психопатоподібна поведінка, тривожно-фобічні та іпохондричні розлади. У зв'язку з подразниками навколишнього середовища, генетичними чинниками, роль яких у розвитку психопатології стає все більш ясно окресленою, та за наявності перинатальних моз-

ковосудинних уражень як потенціюючий засіб для генетичної сприйнятливості, в подальшому найчастіше мають місце емоційно нестійкі розлади особистості, а також тривожні розлади особистості.

Висновки. Дані досліджень перинатальних мозковосудинних уражень можуть допомогти в ідентифікації груп підвищеного ризику та дозволити характеризувати біологічні процеси, пов'язані з такими ураженнями. Безпосередньо діючі на нейронні системи, перинатальні мозковосудинні ураження можуть бути першопричиною психічних розладів, які на пізніших стадіях розвитку стають більш помітними та вираженими. Аналіз досліджень мозковосудинних уражень може допомогти у розробці відповідних підходів, які є здатними блокувати патологічні біологічні процеси, знизити гостроту їх дії і, таким чином, сприяти покращенню соціальної адаптації дослідженого контингенту.

РОЛЬ HDR БРАХІТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ПЛОСКОКЛІТИННОГО РАКУ ГУБИ

Горюч І.В.^{1,2}, Козак О.В.², Ткаченко М.М.¹,
Ременник О.І.²

¹Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця, м. Київ

²КЗ КОП «Київський обласний онкологічний
диспансер», м. Київ

Актуальність. Сучасна променева терапія базується на індивідуальному виборі оптимальної дози опромінення, способі її підведення, фракціонуванні, принципі нормування розподілу дози. Лікування раку губи може здійснюватися шляхом дистанційної променевої терапії, а також брахітерапії. Результат лікування залежить від багатьох чинників, а саме обсягу опромінення, зміни режиму фракціонування, тривалості перерви між фракціями тощо.

Мета роботи. Провести оцінку ефекту внутрішньотканинної HDR-брахітерапії при лікуванні плоскоклітинного раку губи, вперше виявленого, та його рецидиву.

Матеріал та методи. Проведено лікування 12 хворих з плоскоклітинним раком нижньої (9 пац.) і верхньої (3 пац.) губи. У 3 пацієнтів за даними УЗД було виявлено ураження підщелепних лімфатичних вузлів і на першому етапі лікування було підведено 40-46 Гр за допомогою дистанційної променевої терапії. У 5 пацієнтів діагностовано локальні рецидиви через 2-5 років після 70-75 Гр дистанційного опромінення. Під місцевою анестезією проводили постановку голок 1-2 рази на тиждень. Разова доза складала від 4 до 8 Гр, число фракцій визначали залежно від обсягу ураження та попередньо проведеного лікування – від 2 до 6 разів. Точка нормування знаходилася на глибині 3-5 мм від поверхні шкіри. Планування здійснювали під контролем КТ за допомогою програмного забезпечення Oncentra 3.1. Лікування проводили на MicroSelectron, джерело ¹⁹²Ir (HDR). Контроль результатів лікування проводили щомісячно перші 4 місяці, а далі – 1 раз на квартал. Пацієнти спостерігалися протягом 1-3 років після закінчення лікування.

Результати. Протягом 2-3 тижнів після завершення лікування у всіх хворих спостерігалися місцеві променевої реакції у вигляді тимчасової гіперемії оточуючих здорових тканин, до яких підводилася 60-80% доза від значення загальної дози згідно з рекомендаціями. Через 3 місяці після проведення внутрішньотканинної

HDR-брахітерапії у 85% пацієнтів спостерігали повний регрес первинного вогнища, у 15% – було встановлено локальні рецидиви в середньому через 18 місяців.

Висновок. Застосування внутрішньотканинної HDR-брахітерапії є ефективним як у самостійному варіанті, так і в поєднанні з дистанційною променевою терапією на першому етапі при лікуванні первинно виявленого раку губи і його рецидиву шляхом індивідуального планування кожної фракції.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ РІЗНИХ МР- ПОСЛІДОВНОСТЕЙ І МР-СПЕКТРОСКОПІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ПАТОЛОГІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Грабовецький С.А.

Клінічна лікарня «Феофанія»

Вступ. Патологічні процеси головного мозку становлять значну загрозу здоров'ю і життю пацієнтів. Для збереження здоров'я і працездатності вони потребують ранньої діагностики за допомогою новітніх технологій візуалізації. Оптимальним методом нині є МРТ. Одним з найбільш загрозливих захворювань цивілізації є судинні ураження і пухлинні процеси, які виникають у працездатному періоді життя людини.

Мета дослідження. Визначення діагностичної цінності і доцільності застосування різних МР-послідовностей і МР-спектроскопії залежно від виду патологічного процесу.

Матеріали та методи. Магнітно-резонансний томограф 1.5 T, Spree, Siemens. Вивчені результати дослідження 332 хворих із: 1) гострим/надгострим інфарктом – 95; 2) внутрішньочерепними (внутрішньомозковими і підболонокковими) крововиливами – 34; 3) окультними/венозними судинними мальформаціями – 10; 4) артеріовенозними мальформаціями – 15; 5) розсіяним склерозом – 21; 6) бічним аміотрофічним склерозом – 4; 7) гідроцефалією – 21; 8) внутрішньомозковими пухлинами – 56; 9) позамозковими пухлинами – 62; 10) абсцесами/емпіємами – 6; 11) порушеннями розвитку мозку – 8.

З метою діагностики застосовувались різні МР-послідовності: T1-WI, T1-WI C+, T2-WI, T2-WI tse, T2*-WI/SWI, T2-WI TIRM/FLAIR, T1-WI IRM, DWI, DTI, MRA (TOF), 3D-CIS, а також MRS — МР-спектроскопія (CSI, PRESS TE 30 ms і 135ms).

Результати дослідження. Проведений аналіз результатів дослідження переконливо доводить високу діагностичну цінність методу МРТ. Залежно від патологічного процесу найбільшу діагностичну цінність мають такі імпульсні послідовності: 1) гострий/надгострий інфаркт – DWI, T2*-WI/SWI, TIRM/FLAIR; 2) внутрішньочерепні крововиливи – T2*-WI/SWI, TIRM/FLAIR, T1-WI, DWI; 3) окультні/венозні мальформації – T2*-WI/SWI; 4) артеріовенозні мальформації – T2*-WI/SWI, T2-WI, MRA (TOF); 5) розсіяний склероз – TIRM/FLAIR, SWI, DWI, T1-WI C+; 6) бічний аміотрофічний склероз – T2-WI, SWI; 7) гідроцефалія – T2-WI tse, 3D-CIS; 8) внутрішньомозкові пухлини – T1-WI C+, DWI, DTI, T2*-WI/SWI, MRS; 9) позамозкові пухлини – T1-WI C+, T2*-WI/SWI, MRS; 10) абсцеси/емпієми – DWI, T2*-WI/SWI, MRS; 11) порушення розвитку мозку — T1-WI IRM.

Висновки. Вибір вірного алгоритму і порівняльний аналіз зображень, отриманих у різних імпульсних послідовностях, дає можливість чітко виявляти різноманітні патологічні процеси головного мозку і проводи-

ти диференціальну діагностику. Використання МР спектроскопії найдоцільніше застосовувати для уточнення морфологічної будови пухлин.

ДИСЕМІНОВАНІ ПРОЦЕСИ ЛЕГЕНЬ. ВИПАДКИ З ПРАКТИКИ

Гураль О.А.¹, Мільян Ю.П.²

¹Львівський регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр

²Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр

Вступ. «Дисеміновані захворювання легень», «інтерстиційні захворювання легень», «паренхіматозні захворювання легень» — декілька визначень однієї проблеми. Сьогодні поняття дисеміновані захворювання легень «включає в себе» близько 300 захворювань, що складає близько 20% серед усіх хвороб легень, половина з них невідомої природи. Через високий відсоток діагностичних помилок (75-80%) адекватна спеціалізована допомога таким пацієнтам надається зазвичай через 1,5-2 роки після виникнення перших ознак захворювання, що негативно впливає на ефективність лікування та прогноз. Недостатня обізнаність лікарів, застаріла технічна база медичних центрів, труднощі диференціальної діагностики через відсутність патогномонічних ознак, фатальний характер деяких дисемінованих захворювань легень, а також слабкий взаємозв'язок відносин лікар-клініцист – лікар-клінічний рентгенолог потребує встановлення діагностично-диференційного процесу для формування основних рентгено-діагностичних критеріїв.

Мета дослідження. На основі випадків із практики пацієнтів різнопрофільних установ оцінити отримані дані рентгенологічної картини та результатів спіральної комп'ютерної томографії (СКТ), проаналізувати їх, співставляючи з клініко-лабораторними даними, сформулювати основні напрямки диференційно-діагностичних критеріїв.

Матеріали та методи. Проаналізовано в динаміці результати променевих методів діагностики 16 пацієнтів віком від 28 до 68 років (12 чол., 4 жін.), які перебували на обстеженні та лікуванні у фтизіопульмонологічному та онкологічному центрах. Пацієнтам було проведено рентгенографію органів грудної клітки (ОГК) без доповнення даними СКТ; у 14 випадках було проведено СКТ; у 12 пацієнтів застосовували контрастне підсилення під час проведення СКТ. Аналіз променевих зображень включав такі критерії:

1. Стан легеневої паренхіми – наявність дисемінованого процесу, характер його поширення, типи патернів (англ. pattern, варіанти перекладу даного терміну українською мовою відсутні).
2. Локалізація змін у паренхімі легень.
3. Рівномірність/нерівномірність дисемінації.
4. Поліморфізм вогнищ, схильність до злиття.
5. Наявність у легеневій паренхімі фіброзних та деструктивних змін.
6. Динаміку дисемінованого процесу під час лікування.

Результати досліджень та їх обговорення. У 6 випадках було виставлено помилкові діагнози, пацієнтам призначалась терапія, яка не давала ефекту, що впливало на повторення діагностичного пошуку та встановлення іншого діагнозу. Подібно, у двох пацієнтів на тлі неспецифічного лікування спростовувався