

Матеріал и методи. Проведен анализ цифрового маммографического обследования 36 пациенток в возрасте 33-75 лет (средний возраст — 56,2±6,2 года), с предварительным заключением — «новообразование грудной железы». Пациенткам производилась маммография на рентгеновском маммографическом цифровом комплексе в стандартных прямой (краниокаудальной) и косой (медиолатеральной) проекциях. В соответствии с классификацией возрастных периодов и сроком наступления менопаузы (средний возраст — 50,4±2,0 года) обследованных пациенток мы разделили на 3 группы: I — женщины фертильного возраста 33-49 лет (6 чел., 16,7%), II — раннего постменопаузального периода 50-55 лет (10 чел., 27,8%), III группа — пациентки старшего возраста 56-75 лет (20 чел., 55,5%). При обращении 19 (52,8%) из 36 пациенток предъявляли жалобы на пальпируемое образование в грудной железе или отмечали увеличение размеров, уплотнение, гиперемию грудной железы. При проведении МГ у 32 (88,9%) женщин выявлены различные варианты узловой формы РГЖ или подозрение на наличие заболевания (среди которых у 3 обследуемых наблюдался мультицентрический вариант рака), у 4 (11,1%) — диффузная форма РГЖ. После ультразвукового исследования с предварительным заключением «образование грудной железы» всем пациенткам проведена верификация заболевания (пункционная биопсия с гистологическим исследованием).

Результаты исследования. На ультрасонограммах РГЖ проявлялся гипозоногенным образованием с нечеткими, неровными контурами и гетерогенной внутренней эхоструктурой. При доплеросонографии наблюдалась гиперваскуляризация патологического образования. Локализация узловой формы рака наблюдалась следующая: верхненаружный квадрант — 19 (59,3%) пациенток, верхневнутренний — 4 (12,5%), нижненаружный — 3 (9,4%) и ниже-внутренний — 6 (18,8%) пациенток. Основным рентгенологическим признаком узловой формы рака было наличие очаговой тени или участка повышенной интенсивности («образования») размерами от 8х12 до 70х80 мм овоидной, округлой или неправильной формы. В зависимости от возраста выявлены следующие особенности течения РГЖ: у женщин I группы наблюдалась узловая форма РГЖ с четкими контурами, размеры опухолевого образования составляли от 10 до 50 мм, во всех случаях наблюдалось втяжение соска и локальное утолщение кожи пораженной железы. Из 10 пациенток II группы у 7 (70%) выявлена узловая форма РГЖ, размеры образования составляли от 10 до 80 мм, причем у 3 из 7 пациенток имел место мультицентрический вариант рака; отмечалась шаровидная, овоидная или неправильная форма опухоли, вариабельность характера контуров: четкие, ровные; спикурообразные; нечеткие, по типу «хвоста кометы». Микрокальцинаты на фоне образования визуализировались у 3 пациенток; другие косвенные признаки заболевания (конвергенция тяжистых структур, ободок просветления вокруг «узла», втяжение соска и утолщение кожи) в различных сочетаниях определялись у всех обследованных. Диффузная форма рака наблюдалась у 3 (30%) пациенток II группы и проявлялась увеличением размеров железы, диффузным утолщением кожи, нечеткостью структуры железы. У женщин III группы диффузная форма рака имела место в 1 (5,0%) из 20 случаев, у 19 (95,0%) — узловая форма РГЖ в виде образования

размерами от 8 до 40 мм, овальной или округлой формы с четкими контурами и периферическим ободком просветления неравномерной ширины.

Выводы. У обследованных пациенток преобладающей являлась узловая форма РГЖ с характерной локализацией и рентгенологическими признаками. Наиболее вариабельная рентгенологическая картина опухоли наблюдалась у пациенток раннего постменопаузального периода (II группа). Комплексная клинико-лучевая диагностика является эффективным методом выявления рака грудной железы, в том числе на ранней стадии заболевания.

ПРОГНОСТИЧНА ЗНАЧУЩІСТЬ ТИМІДІНКІНАЗИ І β_2 МІКРОГЛОБУЛІНУ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ЛІМФОЛЕЙКОЗИ

Мазур А.Г.¹, Ткаченко М.М.¹, Миронова О.В.¹, Горяїнова Н.В.²

¹Національний медичний університет ім. О.О. Богомольца

²ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України»

Мета роботи. Визначити прогностичну значущість пухлинних маркерів (ПМ) тимідинкінази (ТК) і β_2 -мікроглобуліну (β_2 -МКГ), що досліджувались методом радіоімунологічного аналізу (RIA) у хворих на хронічний лімфолейкоз (ХЛЛ).

Матеріали та методи. Обстежено 87 хворих на ХЛЛ віком від 30 до 78 років (54 чоловіка і 33 жінки) та 18 добровольців. У всіх аналізувалися клініко-гематологічні показники і рівні ТК (норма — 0-5 Од/л) і β_2 -МКГ (норма 1,0-2,4 мг/л) у сироватці крові до початку і після хіміотерапії (ХТ). За класифікацією Binet J.L., стадію А мали 18,4% пацієнтів; стадію В — 59,8%; стадію С — 21,8% хворих. Хворі зі стадією В і С отримували лікування за схемами FC (флударабін + циклофосфамід) або FC-R (флударабін + циклофосфамід + ритуксімаб). Виживаність понад 7 років мали 72,4% пацієнтів; до 5 років — 21,8%, від 3 до 5 років — 3,5%, а смерть протягом року констатована у 2,3%. За результатами лікування пацієнти розподілені на групи: 1-а — з повною нормалізацією клініко-гематологічних показників (29,9%); 2-а — з частковою нормалізацією клініко-гематологічних показників (50,6%); 3-я — резистентні до ХТ (17,2%); 4-а — померли протягом року спостереження (2,3%).

Результати. Встановлено, що початкова ТК не залежала від віку, статі, гематологічних показників і тривалості захворювання. Усі випадки ефективного лікування отримано при її рівнях до 20,0 Од/л, а при значеннях понад 30,0 Од/л пацієнти мали задовільні результати терапії. У 3-й групі активність ТК (медіана 47,3 Од/л) залежала від тяжкості стану, але майже не відрізнялась від рівнів у 4 групі (медіана 51,2 Од/л). Тільки у пацієнтів із повною нормалізацією клініко-гематологічних показників після лікування значення ТК досягали верхньої межі патологічних станів (9,0 Од/л). За відсутності результатів терапії ТК завжди перевищувала 20,0 Од/л, а її зростання до 52,3 Од/л вказувало на прогресію захворювання.

Чим нижчі початкові значення β_2 -МКГ, тим вища вірогідність ефективного лікування і довгострокового виживання. Зниження його вмісту до норми відповідало позитивним результатам лікування, а відсутність нормалізації — прогресуванню захворювання. Ініціальний рівень β_2 -МКГ до 5,0 мг/л визначений у хворих з

виживаністю більше ніж 7 років, понад 10,0 мг/л — при тяжкому перебігу хвороби з виживаністю до 2 років, а 28,8 мг/л констатовано у померлих протягом року. У 3-й групі β_2 -МКГ перевищував 10,0 мг/л на початку лікування і не зменшувався при його проведенні. Більше половини ремісій (76,9%) виявлено при ініціальному β_2 -МКГ до 5,0 мг/л.

Встановлено, що за ініціальними значеннями ТК і β_2 -МКГ можливо прогнозувати досягнення ремісії. Було виділено 3 прогностичні групи щодо вірогідності позитивної відповіді на лікування: 1) сприятливого прогнозу перебігу захворювання (з виживаністю понад 7 років) при ТК до 20,0 Од/л, а β_2 -МКГ — до 5,0 мг/л; 2) проміжного прогнозу (з виживаністю 5–7 років) при ТК від 20,0 до 30,0 Од/л, а β_2 -МКГ — 5,0–10,0 мг/л; 3) несприятливого прогнозу і вірогідністю первинної резистентності до ХТ (з виживаністю до 5 років) при ТК більше ніж 30,0 Од/л, а β_2 -МКГ не менше ніж 10,0 мг/л; 4) вкрай несприятливого прогнозу з можливою летальністю протягом року при ТК понад 50,0 Од/л і β_2 -МКГ — понад 10 мг/л.

Висновки. Встановлено, що початкові рівні ТК і β_2 -МКГ у сироватці крові хворих на ХЛЛ є прогностичними чинниками, які дозволяють передбачити перебіг захворювання і відповідь на лікування. Обстежені хворі з ХЛЛ за початковими рівнями ТК і β_2 -МКГ поділяються на групи ризику з різним прогнозом агресивності перебігу захворювання. Визначення ТК у процесі лікування хворих на ХЛЛ є доцільним для його оцінки. Нормалізація вмісту β_2 -МКГ після лікування вказує на стабілізацію процесу, а відсутність — про прогресування захворювання.

РОЛЬ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ХОЛЕСТЕАТОМ

Мелех Б.Я., Комнацька І.М., Дутка І.Ю.,
Лозинський Р.М., Попчук Н.М., Бігун М.В.
Медичний центр «Євроклінік», м. Львів

Актуальність. Холестеатома є частою причиною середнього отиту, який супроводжується руйнацією скроневої кістки з можливими подальшими змінами у вигляді менінгіту, енцефаліту, абсцесу головного мозку. Рання і точна діагностика холестеатоми відіграє важливу роль у виборі лікування хворого.

На сьогодні діагностика базується на клінічних проявах, даних аудіометрії та комп'ютерній томографії. Досить часто результати вищезгаданих методів обстеження є неточними через свою низьку специфічність. Важливу роль у діагностиці холестеатом відіграються дифузійно-зважені зображення магнітно-резонансної діагностики (ері-DWI МРТ) через високу специфічність та чутливість до утворів, багатих на кератин та гранули холестерину.

Останнім часом у діагностиці холестеатом набирає популярності метод адаптованих до артефактів від основи черепа дифузійно-зважених зображень магнітно-резонансної діагностики (pop-ері DWI МРТ).

Метою нашої роботи було порівняння чутливостей методів ері-DWI МРТ та pop-ері DWI МРТ у пацієнтів із холестеатомами.

Матеріали та методи. Дослідження включало в себе ретроспективний аналіз пацієнтів Медичного центру "Євроклінік" на магнітному томографі GE Signa HDxt 1,5 T, в яких діагноз "холестеатома" був морфологічно верифікований. Критеріями вибору пацієнтів були

наявність проведених МРТ-обстежень з pop-ері DWI та ері-DWI послідовностями. Оцінювали наявність та розміри холестеатом за результатами даних послідовностей.

Результати. Нами було виявлено 15 пацієнтів, які відповідали всім критеріям нашого дослідження. Холестеатома візуалізувалася у 14 (93%) пацієнтів у pop-ері DWI послідовностях і лише в 9 (60%) пацієнтів у ері-DWI послідовностях. Розміри холестеатом варіювали від 6 до 8 мм в ері-DWI послідовностях та від 4 до 9 мм в pop-ері DWI послідовностях.

Висновки. Результати даного дослідження вказують на високу чутливість pop-ері DWI послідовностей до виявлення холестеатом через низький вплив артефактів від основи черепа на зображення холестеатоми.

Pop-ері DWI дозволяло виявляти холестеатоми значно менших розмірів порівняно з ері-DWI, що є важливим чинником як у діагностиці даної патології, так і у контролі ефективності проведеного хірургічного лікування.

ШЛЯХ УКРАЇНСЬКОЇ РАДІОЛОГІЇ ДО ІНТЕГРАЦІЇ В ЄДИНИЙ ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ПРОСТІР

Мечев Д.С., Щербіна О.В.

Національна медична академія післядипломної освіти
ім. П.Л. Шупика

Вступ. Останнім часом багато дискусій ведеться відносно шляхів розвитку й удосконалення вітчизняної радіології. Всі радіологи України єдині в думці про необхідність поступового наближення нашої науки, практики, освіти, організації галузі до Європейського простору. Але, на жаль, у цих думках і висловах і досі немає необхідного консенсусу.

Стан питання в Європі (крім країн так званої СНД).

В Європі, як і в усіх розвинутих країнах світу, є 3 радіологічні спеціальності:

- «радіологія» (включає рентген-, УЗ-діагностику, КТ, МРТ) з відповідним товариством ESR, де ультразвукова діагностика вважається тільки допоміжним методом, а посад лікаря з УЗД і зовсім немає;
- «радіаційна онкологія» (в Україні – променева терапія) з відповідним товариством ESTRO;
- «ядерна медицина» (в Україні – радіонуклідна діагностика) з відповідною Асоціацією EANM.

Стан питання в Україні.

Українська радіологія і досі має пострадянську структуру: 5 спеціальностей – «радіологія», «рентгенологія», «УЗ-діагностика», «променева терапія» і «радіонуклідна діагностика». Відповідно до цього в медичному класифікаторі спеціальностей представлено 5 видів лікарів, а назви цих спеціальностей явно застарілі і вносять непорозуміння при спілкуванні спеціалістів України на міжнародному рівні.

Пропозиції:

1. Настав час приведення назв усіх наших радіологічних спеціальностей суворо до європейських.
2. Незважаючи на опір деяких (а може, і багатьох?) радіологів України, нашій Асоціації час розпочати роботу в цьому напрямку.
3. Необхідно переконати МОЗ України щодо внесення відповідних змін у медичний класифікатор лікарських спеціальностей (із збереженням відповідних пілґ):
— спеціальність «радіологія» і відповідно до цього – лікар-радіолог (УЗД входить до радіології);