

МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РАДІАЦІЙНОЇ ОНКОЛОГІЇ В УКРАЇНІ» (30 ЧЕРВНЯ-01 ЛИПНЯ 2016 Р., М. УЖГОРОД)

ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ОНКОМАРКЕРІВ mр53, Ki-67, Vcl-2 ДЛЯ ВИБОРУ МЕТОДУ ТА ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ПЛОСКОКЛІТИННОГО РАКУ ГОРТАНІ ТА ГОРТАНОГЛОТКИ

*Баштан В.П., Жукова Т.О., Васько Л.М.,
Почерняєва В.Ф., Лимар Л.О., Ярова Т.Г.
Вищий Державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава, Україна*

Метою дослідження стало підвищення ефективності лікування хворих на місцевопоширений плоскоклітинний рак гортані та гортаноглотки (ПРГ та ПРГГ) шляхом оптимізації хіміопроменевого лікування, спираючись на рівень експресії імуногістохімічних маркерів, як чинника, що відображає ефективність проведеної хіміопроменевої терапії та мотивує подальший перебіг захворювання.

Всі хворі, які брали участь у дослідженні (n=108), мали практично однакові вихідні дані, які вірогідно не відрізнялись та були сліпим методом розподілені на групи, що отримали різні види хіміопроменевого лікування.

Хворим I групи було проведено наступне лікування. У I групі 1-ї підгрупи хворі отримали ДГТ за класичною методикою в статичному режимі на пухлину та регіонарні лімфовузли класичними полями в 2 етапи з тритижневою перервою між етапами РД 2,6 Гр до СВД 65-70 Гр (106-115,5 од. ЧДФ відповідно). У I групі 2-ї підгрупи хворі отримали ДГТ у статичному режимі на пухлину та регіонарні лімфовузли класичними полями в 2 етапи з тритижневою перервою між етапами з мультифракціонуванням денної дози РД 2,6 Гр (1,3 Гр + 1,3 Гр) до СВД 65-70 Гр (106-115,5 од. ЧДФ відповідно).

Пацієнти II групи також були розподілені на 1 та 2-у підгрупи. У 1-й підгрупі хворі отримували поліхіміотерапію (ПХТ) у 2 етапи у метронному режимі: цисплатин, 5-ФУ з тритижневою перервою. За три тижні перерви розпочали опромінення класичним фракціонуванням у статичному режимі двома етапами з перервою в 3 тижні РД 2,6 Гр до СВД 65-70 Гр (106 — 115,5 од. ЧДФ відповідно).

Оптимальною стала така методика: у метронному режимі: цисплатин, 5-ФУ (двома повторними курсами з інтервалом у 3 тижні). За 3 тижні перерви розпочали опромінення в два етапи у статичному режимі з мультифракціонуванням денної дози. На першому етапі променевої терапії паралельно з опроміненням проводили третій курс ПХТ. Витримуючи інтервал у 3 тижні для вщухання променевих реакцій, давали другий етап ДГТ у режимі мультифракціонування денної дози РД 2,6 Гр (1,3 Гр + 1,3 Гр) до СВД 65-70 Гр (106-115,5 од. ЧДФ відповідно).

Результати проведеної терапії оцінювали за рівнем експресії онкомаркерів, і вірогідно зрозумі-

ло, що при експресії онкомаркера mр53 в середньому у 60,0% мали місце рецидиви на 1-му році спостереження та прогресування хвороби. Виживаність на 2 році та позитивні онковідповіді (RECIST) на момент закінчення спостереження (36 міс.) були при експресії mр53 в середньому 57,0%. Так, якщо вважати експресію онкомаркера mр53 — 60,0% як крайній високий поріг, то можна пропонувати ХПТ.

При середній експресії Ki-67 у 54-55,0% ефект від запропонованого лікування вірогідно був більш високим, і тому зазначено, що чим вищий рівень експресії Ki-67, тим раніше настає рецидив захворювання. При цьому чим вищою є експресія Ki-67, тим кращими будуть відповіді онкопроцесів на ХПТ і виживаність хворих.

Онкомаркер Vcl-2 є одним із механізмів розвитку низької чутливості пухлинного процесу до хіміопроменевої дії, але, з іншого боку, він є важливим маркером прогнозу можливої чутливості до ХПТ при ПРГ та ПРГГ. У нашому випадку цей поріг складає 20,0% і є загальним у всій вибірці, при якому кращою є відповідь онкопроцесів на лікування, що дає змогу спиратись на цей показник під час вибору тактики лікування.

Таким чином, ми вважаємо, що можна пропонувати введення в необхідні діагностичні обстеження хворих на ПРГ та ПРГГ визначення та оцінку експресії онкомаркерів mр53, Ki-67, Vcl-2 для можливого подальшого вибору тактики та методу терапії.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЗМА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ОРГАНА ЗРЕНИЯ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПРИ ПОЗИТРОННО-ЭМИССИОННОЙ ТОМОГРАФИИ.

*Важенина Д.А., Афанасьева Н.Г.
Государственное бюджетное учреждение
здравоохранения «Челябинский окружной
клинический онкологический диспансер»,
г. Челябинск, Россия*

Актуальность. Отсутствие общепринятых стандартов и алгоритмов в диагностике и лечении злокачественных новообразований органа зрения приводит к позднему первичному обращению больных за помощью — уже с III-IV стадией процесса и серьезными трудностями в последующей реабилитации.

Среди диагностических методов верификации локальной распространенности процесса, выявления регионарных и отдаленных метастазов малых размеров (до 10 мм) позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ-КТ), отвечает наилучшим образом [7, 8]. Злокачественные новообразования различной локализации характеризуются высоким уровнем метаболической активности, определение которой позво-

ляет с высокой точностью оценить местную и общую распространенность патологического процесса.

Целью данного исследования явилось изучение уровня метаболической активности злокачественных новообразований органа зрения различной локализации.

Материалы и методы. В Челябинском окружном клиническом онкологическом диспансере отделение ПЭТ-КТ функционирует с 2011 г. За период с января 2011 по апрель 2016 года нами было проведено 52 ПЭТ-КТ-исследований 47 пациентам со злокачественными новообразованиями органа зрения (ЗНОЗ) различной локализации. Средний возраст пациентов — $50,2 \pm 6$ лет. Методика проведения обследования стандартная — Whole Body с захватом орбитальной области. Препарат — ^{18}F -фтордезоксиглюкоза.

По локализации злокачественные новообразования органа зрения распределились следующим образом: с поражением параорбитальной области — 13 больных, внутриглазные новообразования — 25 пациентов и опухоли орбитальной области — 9 больных.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета Statistics 6.0. Данные представлены в виде $M \pm m$, где M — среднее выборочное, m — стандартная ошибка среднего. Статистическая значимость различий проверялась с использованием t -критерия Стьюдента, критический уровень значимости принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение. Нами было изучена метаболическая активность опухолевой ткани в зависимости от локализации ЗНОЗ. Оценка производилась по показателю стандартной поглощенной дозы (SUV_{max}). Измерения проводились как в области первичного очага (при его наличии), так и в проекции всех метаболически активных образований, расцененных как метастазы.

По нашим данным, злокачественные новообразования параорбитальной области имели метаболическую активность в диапазоне SUV_{max} 6,8-17,9, средний показатель — SUV_{max} $14,0 \pm 3,9$. В образованиях с внутриглазной локализацией метаболическая активность колебалась в пределах 2,2-4,1, в среднем — $3,1 \pm 1,2^*$. В орбитальных образованиях SUV_{max} составлял 9,2-19,7, средний показатель — SUV_{max} $16,0 \pm 4,6$. Обращает внимание, что меланомы сосудистой оболочки глазного яблока обладают низкой метаболической активностью ($3,1 \pm 1,2$). Данный факт возможно объяснить наличием гематоофтальмического барьера, затрудняющего накопление ФДГ- ^{18}F .

При генерализации меланомы хориоидеи, экстраокулярные очаги имели метаболическую активность выше (SUV_{max} 5,0-7,4, в среднем $6,2 \pm 2,3$), чем в первичном очаге, но более низкую по сравнению с метаболической активностью в злокачественных новообразованиях параорбитальной и орбитальной областей.

Заключение. Таким образом, меланома хориоидеи при позитронно-эмиссионной томографии, совмещенной с компьютерной томографией имеет более низкую метаболическую активность по сравнению со злокачественными новообразованиями органа зрения параорбитальной и орбитальной областей, что, вероятно, объясняется наличием гематоофтальмического барьера.

ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ В ОПРЕДЕЛЕНИИ РОЛИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ МАММОГРАФИИ С ДИНАМИЧЕСКИМ КОНТРАСТИРОВАНИЕМ ДО И ПОСЛЕ ЛИПОФИЛИНГА

*Дубровская Н.С., Чернова О.Н.,
Важенин А.В., Васильев В.С.*

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинский областной клинический онкологический диспансер»,
г. Челябинск, Россия*

Цель исследования. Определить роль магнитно-резонансной маммографии (МРМ) с динамическим контрастированием до и после липофилинга.

В соответствии с целью исследования определены следующие задачи:

1. Исключить рак молочной железы перед липофилингом.
2. Рассчитать объем молочной железы или молочных желез для определения объема вводимого жира.
3. Выявить возможные поздние послеоперационные осложнения.
4. Разработать диагностический алгоритм диспансерного наблюдения пациенток до и после липофилинга.

Материалы и методы. Исследования проводились в Челябинском областном клиническом онкологическом диспансере на МР-томографе Signa HDe 1.5T (General Electric) с применением специальной катушки (breast coil) и использованием стандартных протоколов. С помощью автоматического иньектора внутривенно вводили 0,5 и 1,0 молярные контрастные парамагнитные препараты в дозе 0,2 и 0,1 мл/кг соответственно.

Результаты. За период с 2014 по 2015 год было исследовано 13 пациенток в возрасте от 32 до 54 лет (в среднем — 44 года), у 8 из которых МРТ-маммография была выполнена после завершения липофилинга, 5 пациенткам МРТ была выполнена до 1-й сессии.

По результатам МРТ все пациентки были разделены на 4 группы:

1. Пациентки с липонекрозом ($n=2$).
2. Пациентки с сочетанием нескольких осложнений ($n=6$).
3. Пациентки со вторичным злокачественным образованием ($n=1$).
4. Норма ($n=4$).

Статистическая обработка результатов нами не проводилась ввиду малого количества наблюдений.

В 5 случаях пациенткам МРТ была выполнена непосредственно перед 1-м этапом липофилинга, у 1 из них был выявлен правый подмышечный лимфатический узел, который по данным УЗИ молочных желез не был интерпретирован, овоидной формы, с нечетким контуром, с измененной МР-структурой. Кроме того, при динамическом контрастном усилении регистрировалось интенсивное накопление контрастного вещества по 3-му типу «интенсивности сигнала-время», начальный прирост накопления контрастного вещества на 1-2-й фазах составил более 100%. Учитывая анамнез, состояние после комплексного лечения в 2010-2011 гг. по поводу инфильтрирующего пото-