

шемся у 6 пацієнтів, первинний очаг чаще локалізувався в легких. Во всех 4 случаях подозрения на метастатическое поражение надпочечника первичный очаг локализовался в проекции легких. У 75 пациентов с неverified образованими, подозрительными на метастазы, первичный очаг не удалось установить. При этом у 11 пациентов результаты ПЭТ-КТ позволили исключить наличие злокачественных новообразований.

У 16 пациентов (13,2% выявленных первичных очагов) первичные очаги не имели четко выраженного структурного субстрата и могли быть нераспознанными при проведении МСКТ. Данные патологические изменения локализовались преимущественно в проекции щитовидной железы, толстого кишечника.

**Выводы.** Выявление первичного опухолевого очага в группе пациентов с гистологически верифицированными метастазами выше, чем в группе пациентов с подозрением на метастатическое поражение без гистологической верификации (74% и 42% соответственно). Поиск первичного опухолевого очага при гистологически верифицированных метастазах меланомы не принес результата ни в одном случае. Образования легких, яичников и толстого кишечника суммарно составили половину всех выявленных первичных очагов. 13,2% обнаруженных первичных очагов не имели четко дифференцируемого структурного субстрата, и таким образом, могли остаться не выявленными по данным МСКТ. Преимущественной локализацией первичных очагов, не имевших четкого структурного субстрата, являлись щитовидная железа и толстый кишечник. У 5% пациентов проведение ПЭТ-КТ с целью поиска первичного очага исключило наличие злокачественных новообразований.

### **ДОСВІД РАДІОХІМІОТЕРАПІЇ МІСЦЕВОПОШИРЕНОГО РАКУ ОРОЛАРИНГЕАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ**

*Тешнер С.М., Старенький В.П., Сухіна О.М.,  
Свинаренко А.В., Артюх С.В.*

*ДУ "Інститут медичної радіології*

*ім. С.П. Григор'єва НАМН України", м. Харків, Україна*

Основним, найбільш доступним і одним із найбільш розповсюджених методів лікування раку ороларингальної ділянки (РОЛД) на сьогодні є променевий, який застосовують у 70% випадків. Водночас порівняно низькі показники місцевого ефекту лікування і виражені променеві реакції під час проведення конвенційної променевої терапії (ПТ) диктують необхідність пошуку нових і вдосконалення існуючих методів лікування хворих на РОЛД.

Для досягнення максимального терапевтичного ефекту при лікуванні місцевопоширених форм РОЛД необхідне підведення високої сумарної осередкової дози (СОД) до пухлини, при цьому додатковий негативний вплив на навколишні органи і тканини є неминучим, що може позначитися на формуванні необоротних наслідків у постпроменевому періоді. Отже, при лікуванні РОЛД для безпечного підведення дози до вогнища необхідно використовувати конформну променеву терапію (3D CRT),

особливо у пацієнтів із малим передньозаднім розміром шиї. Це дозволяє збільшити СОД випромінювання в пухлині, не збільшуючи, порівняно з конвенційної ПТ, поглинену дозу радіації в нормальних тканинах. Планування та розрахунок при конвенційній ПТ виконується тільки в одній площині (2D-планування), що проходить через центр опромінюваного обсягу. Завданнями проведення конформної ПТ є створення такого дозного розподілу, в якому максимум дози охоплює тільки об'єм мішені і в мінімально допустимих межах покриває навколишні нормальні тканини й органи ризику.

На сьогодні проліковано 30 хворих на РОЛД. Із них на рак гортані – 20 пацієнтів, язика – 4, ротоглотки – 6 пацієнтів. Використовували метод конформної хрономодульованої ПТ у режимі гіпофракціонування з модифікацією 5-фторурацилом. Пацієнти отримали сумарну осередкову дозу в перерахунок на режим класичного фракціонування дози на зону лімфовузлів шиї 48–60 Гр і на первинний осередок 60–70 Гр. Під час терапії проводилась планова перерва на 2 тижні після 8-го сеансу хіміопроменевого лікування.

Застосування даної схеми виявилось більш безпечним для пацієнтів порівняно з класичною схемою фракціонування променевої терапії. У 55% хворих відзначалися явища променевого ларингіту і фарингіту 1-го ступеня, які не спричинили значного дискомфорту в самопочутті пацієнтів і не вимагали припинення лікування. Загальні і місцеві реакції 3-го ступеня не спостерігалися.

Аналіз безпосередніх результатів лікування за даними спіральної комп'ютерної томографії (СКТ) (Toshiba, Японія) з контрастуванням через 2 тижні після закінчення курсу хіміопроменевого лікування показав, що повна регресія пухлини спостерігалася у 20% випадків, часткова – у 60% випадків, відсутність динаміки – у 20%. Повне купірування больового синдрому відзначено у 95% пацієнтів, відновлення голосу – в 60% пацієнтів.

Таким чином, досвід застосування хрономодульованої конформної хіміопроменевої терапії в режимі гіпофракціонування при лікуванні РОЛД показав високу ефективність. При цьому частота виникнення променевих реакцій була значно меншою, ніж при класичному режимі фракціонування дози. Можна вважати, що такий метод є досить результативним і безпечним при лікуванні РОЛД. Отже, в перспективі необхідно продовжувати подальші дослідження для вірогідної оцінки частоти розвитку променевих ускладнень і показників ефективності лікування.

### **РЕАЛІЗАЦІЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ПІД КОНТРОЛЕМ ЗОБРАЖЕННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ**

*Удатова Т.В.<sup>1</sup>, Сафронова О.В.<sup>1,2</sup>,*

*Кметюк Я.В.<sup>1,2</sup>, Курило Г.О.<sup>1</sup>, Костюк К.С.<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>КЛ «Феофанія» ДУС,*

*Всеукраїнський центр радіохірургії,*

*<sup>2</sup>Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ, Україна*

**Вступ.** Злоякісні пухлини передміхурової залози характеризуються високою променевою резис-