

на РЩЗ, та 23 практично здорових чоловіки (віком від 20 до 45 років) до лікування, після тиреоїдектомії та через 4 місяці після одного або декількох курсів радіоїодтерапії. У них визначали концентрації загального та вільного тестостерону (Тзаг., Тв.), ЛГ, ФСГ та пролактину (ПРЛ), сексстероїдв'язуючого глобуліну (ССЗГ), антиспермалальних антитіл (Ас/ат) у крові. Обладнання – імуноферментний аналізатор Stat Fax 3200.

Результати та обговорення. У чоловіків, хворих на РЩЗ, до лікування середні рівні Тзаг. і Тв., ЛГ, ФСГ, ПРЛ, ССЗГ, Ас/ат у крові вірогідно не змінювалися, а середній рівень естрадіолу в крові був вірогідно підвищеним.

Короткотривала недостатність функції ЩЗ в обстежених після тиреоїдектомії не мала вираженого негативного впливу на рівні гормонів.

Через 4 місяці після курсу радіоїодтерапії спостерігається вірогідне підвищення середнього рівня ФСГ у крові, що свідчить про порушення репродуктивної функції.

Середні концентрації загального та вільного тестостерону в крові у чоловіків, хворих на РЩЗ, після 2-го курсу радіоїодтерапії вірогідно на відрізнялися від аналогічних показників у контрольній групі, а середні рівні естрадіолу були вірогідно підвищені, що може призводити до розвитку відносного дефіциту тестостерону.

Через 4 місяці після курсу радіоїодтерапії відмічалось вірогідне підвищення середнього рівня ФСГ порівняно з показником у контрольній групі, однак вірогідної різниці з групою пацієнтів до лікування не відмічалось. Після декількох курсів терапії ^{131}I середній рівень ФСГ вірогідно зростав порівняно з показниками в контрольній групі та до лікування. Більш виражені зміни спостерігалися в пацієнтів після декількох курсів радіоїодтерапії. Середні рівні ЛГ, пролактину і ССЗГ у крові у всіх групах обстежених вірогідно не змінювалися.

Середні рівні Ас/ат у крові вірогідно зростали в пацієнтів через 4 місяці після курсу радіоїодтерапії.

Таким чином, проведені дослідження засвідчили підвищення рівнів ФСГ у крові, що може вказувати на пошкодження гермінативного епітелію в яєчках у чоловіків, хворих на рак щитоподібної залози, які приймали радіоїод. Більш виражені зміни спостерігалися в пацієнтів, котрі приймали декілька курсів радіоїодтерапії. Зростання концентрації антиспермалальних антитіл може свідчити про порушення гамето-тестикулярного бар'єру.

Виявлення ризиків несприятливих ефектів радіоїодтерапії є важливим для проведення ретельного обстеження та інформування пацієнтів про коротко- і довготривалі наслідки терапії, а також для запобігання та своєчасного лікування цих порушень.

ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ МЕТОДУ ПЕТ/КТ У ЛІКУВАННІ ПЛОСКОКЛІТИННОЇ КАРЦИНОМИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ

Мусаєва К.О., Кметюк Я.В., Солодяникова О.І.
Національний інститут раку,
Всеукраїнський центр радіохірургії
КЛ «Феофанія», м. Київ, Україна

Вступ. Променева терапія є основною модальністю в лікуванні пухлин голови та шиї. Досягнення роз-

робок комп'ютерних технологій та лінійних прискорювачів також значно вплинули на лікування пухлин голови та шиї через забезпечення можливості максимізувати пухлинну дозу та мінімізувати дозу прилеглих нормальних критичних структур. Планування лікування, орієнтоване на істинне зображення та багатопелюсткові коліматори набули широкого розповсюдження і надали можливість планувати тривимірну конформну радіотерапію (ЗDCRT). Розробка інверсних систем планування та методик підведення випромінювання неоднорідної інтенсивності заснувала нову еру модульованої за інтенсивністю радіотерапії (MIPT), яка на сьогодні є еталоном лікування пухлин голови та шиї.

Матеріали та методи. Планування радіотерапії за допомогою 18-ФДГ ПЕТ/КТ проведено 12 пацієнтам із пухлинами голови/шиї. Використана апаратура — циклотрон Siemens Eclipse RDS для одержання радіофармпрепарату 18-FDG; ПЕТ/КТ-сканер Siemens Biograph 64.

Планування MIPT проводилося за допомогою функціональних зображень 18-ФДГ ПЕТ/КТ.

Результати. Для планування MIPT напівавтоматично визначався макроскопічний об'єм пухлини (МПО) як 40% SUV_{max} (максимальної інтенсивності стандартизованого значення накопичення). МПО + 0,5 см відповідав клінічному цільовому обсягу (КЦО) опромінення; КЦО + 0,5 см дорівнював запланованому цільовому обсягу (ЗЦО) опромінення. Встановлено, що при такому способі визначення МПО 92% запланованого цільового обсягу опромінення отримує 95% лікувальної дози. При цьому доза на критичні органи (привушні слинні залози, спинний мозок, внутрішнє вухо, структури лівої орбіти) не перевищить толерантну. Крім того, за даними ПЕТ/КТ у 4 пацієнтів виявлено локальну розповсюженість процесу, в 1 хворого відокремлено пухлинний процес від ретенційної гіпертрофії слизової оболонки. У всіх пацієнтів виключено віддалене системне метастазування.

Висновки. Візуалізація за допомогою 18-ФДГ ПЕТ/КТ забезпечує інформацію про стан пухлини на етапі стадіювання, протягом терапії та після лікування, що відповідає вимогам персоналізованої та адаптивної терапії.

РАДІОНУКЛІДНА ТЕРАПІЯ КІСТКОВИХ МЕТАСТАЗІВ В УКРАЇНІ

Солодяникова О.І., Даниленко В.В.,
Сукач Г.Г., Саган Д.Л.
Національний інститут раку,
м. Київ, Україна

Вступ. Незважаючи на суттєвий прогрес, обумовлений модернізацією променевої терапії, розробкою і застосуванням нових хіміопрепаратів, удосконаленням гормонотерапії, широким використанням бісфосфонатів, появою таргетних препаратів, лікування на стадії кісткового метастазування і надалі залишається складною в багатьох відношеннях проблемою. Радіонуклідна терапія досить широко застосовується в розвинених країнах при лікуванні множинних кісткових метастазів як терапія «останньої лінії».