

кацией. Хирургический метод допустим лишь при лечении опухолей I стадии, которые можно радикально удалить с хорошим функциональным исходом. Пациенты с распространенным раком всегда требуют комбинированного лечения. Применение химиотерапии при ряде локализаций или одновременной химиотерапии и лучевого лечения позволяет увеличить число органосохраняющих вмешательств и перевести часть первично нерезектабельных опухолей в резектабельное состояние.

Выявление сосудистой и периневральной инвазии, контактной деструкции хрящей гортани помогает определиться с тактикой ведения пациентов и избежать ненужных калечащих операций.

Рассматриваются возможности лучевой диагностики в оценке посттерапевтических изменений и регресса опухоли, а также возможность выявления ранних доклинических признаков рецидива и определение осложненной лучевой терапии.

Выводы. Выбор способа лечения пациентов с раком шеи – проблема многофакторная и комплексная. Первичная КТ- и МРТ-диагностика позволяет определить стадию опухоли по TNM с соответствующим лечением и прогнозом. Контрольные лучевые исследования помогают оценить эффективность лечения и выявить ранние признаки рецидива.

СЦИНТИГРАФИЯ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ДИСПЕПСИИ

*Мазур А.Г., Ткаченко М.Н., Миронова Е.В.,
Андрієнко М.І.*

*Национальный медицинский университет
имени А.А. Богомольца,
кафедра радиологии и радиационной
медицины, г. Киев, Украина*

Радионуклидные методы исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта позволяют получить информацию о функциональном состоянии пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, что недоступно другим лучевым методам. Мы изучали диагностические возможности гастросцинтиграфии (ГС) в выявлении нарушений моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) желудка при функциональной диспепсии (ФД). В отделении радионуклидной диагностики КГКБ №14, расположенном на базе кафедры радиологии и радиационной медицины НМУ им. А.А. Богомольца, была проведена гастросцинтиграфия 112 пациентам (60 мужчинам и 52 женщинам) в возрасте от 14 до 64 лет. У 98 из них имелась разная патология верхних отделов ЖКТ, а у 14, направленных на дообследование для уточнения диагноза, патологии не выявлено, кроме функциональных нарушений деятельности желудка (функциональной диспепсии). Результаты ГС оценивали качественно и количественно. Получив серию изображений, оценивали форму, контуры и тонус желудка, его МЭФ, наличие гастроэзофагеального (ГЭР) и дуоденогастрального рефлюксов (ДГР). В дальнейшем приступали к количественному анализу данных. Выбирали зоны интереса: пищевод, желудок и верхние отделы кишечника с получением кривых динамики распределения

препарата в них. У трети обследованных выявлено замедление прохождения РФП по пищеводу, сопровождающееся увеличением ЭТВ и снижением клиренса до 60%. Большинство из них были с ГЭРБ (6 из 23) и ЯБ (6 из 26). Сужение пищевода и супрастенотическая задержка РФП >10 с выявлены у 7,2% пациентов с РП и ЭП. Гастроэзофагеальный рефлюкс установлен у 79,5% обследованных: наибольшее количество с ГЭРБ (20,5%), ЯБ (17,9%), ФД (10,7%) и с ХГ (8,9%). Сцинтиграфическими признаками его являлось противофазное изменение соответствующих кривых на определенной секунде исследования.

Повышение моторно-эвакуаторной способности желудка отмечалось у 39,3%: у всех пациентов с ЯБ, у 10 — с ГЭРБ, у 4 — с ХХ и у 4 — с ХГ и ФД. Первый выброс РФП в кишечник наблюдался до 4-й минуты. При этом TS соответствовала 20,5±2,5 минуты (при норме 25,5±0,5 мин). А за 30 минут исследования у большинства из них вывелось из желудка >65% РФП. Замедление этой функции желудка отмечалось у 33% обследованных: у 11 — с ГЭРБ, у 8 — с ХГ, одинаковое количество при ЖКБ и РЖ (по 4), у 3 — с ФД, у 3 — с ХП и одинаковое количество при ХХ и ЭП (по 2). Первый выброс РФП в кишечник наблюдался спустя 6 минут исследования. TS при этом соответствовала 29,5±0,5 минут, а выведение РФП за время исследования составляло 25–35%. ДГР был выявлен у 42,8% пациентов: почти у всех с ФД (у 11 из 14), у большинства с ЯБ (у 20 из 26), в меньшей степени при другой патологии верхних отделов ЖКТ (кроме РП и ЭП). Нормальный вертикальный размер желудка зафиксирован у 29 (25,9%) больных, менее 16 см — у 22,3% пациентов: у 10 — с ЯБ, у 11 — с ГЭРБ, у 4 — с РЖ. Более 18 см у 14,3% пациентов: у 8 пациентов с ХХ, у 5 — с ХГ и у 1 — с ЖКБ.

Таким образом, нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка, что является проявлением диспепсии, выявлены почти у всех обследованных. Наибольшее количество у больных с ЯБ (96,2%), с ГЭРБ (91,3%), с ФД (78,6%), с ХГ (66,7%) и с ХХ (45,5%). У 7,1% пациентов диспепсии желудка не наблюдалось. Таким образом, сцинтиграфическое исследование верхних отделов ЖКТ является в достаточной степени информативным в оценке моторно-эвакуаторной функции желудка и выявлении его диспепсии.

РОЛЬ РАДІОНУКЛІДНОЇ ТЕРАПІЇ В ОНКОЛОГІЇ

Мечев Д.С., Щербіна О.В.

*Національна медична академія післядипломної
освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна*

Вступ. Радіонуклідна терапія (РНТ) – це метод лікувального впливу на пухлини введенними різними способами в організм пацієнта терапевтичними дозами певних радіофармпрепаратів (РФП).

В Україні на сьогодні практично використовуються лише 5: ³²P-ортофосфат натрію, ¹³¹I-йодид натрію, ¹³¹I-MIBG, ⁸⁹Sr-хлорид, ¹⁵³Sm-оксабіфор.

Сфери терапевтичного застосування радіонуклідів та РФП в онкології та гематології досить різноманітні. Існують цілком реальні потенційні можливості для розширення переліку методів лікування і РФП.