

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.

Мета роботи – аналіз можливостей радіонуклідної терапії в онкології.

Матеріали та методи. У найбільшій в історії ядерної медицини двохтомній монографії (Ell P., Gambhir S. et al. Nuclear Medicine in Clinical Diagnosis and Treatment) класифікують сучасний стан РНТ за 9 розділами (найбільш розповсюджені методи лікування):

- лікування доброякісних захворювань щитоподібної залози (наприклад, тиреотоксикозу);
- лікування високодиференційованих злоякісних пухлин щитоподібної залози ^{131}I ;
- лікування мієлопроліферативних захворювань ^{32}P ;
- лікування метастатичних процесів скелета ^{32}P , ^{89}Sr , ^{153}Sm , ^{186}Re ;
- лікування гематологічних захворювань міченими антитілами – радіоімунотерапія;
- лікування солідних пухлин міченими антитілами – радіоімунотерапія;
- MIBG-терапія медулярного раку щитоподібної залози, феохромоцитоми, нейробластоми;
- таргетна (мішенна) радіонуклідна терапія (receptor-targeted therapy);
- лікування пухлин печінки міченим ^{131}I -ліпіодолом.

В Україні є великий досвід радіотерапевтичного лікування патологічних процесів, відмічених у 1, 2, 3, 4, 7-й позиціях.

Кафедра радіології НМАПО імені П.Л. Шупика разом із клінічною базою в Київському міському клінічному онкологічному центрі (КМКОЦ) має багаторічний досвід використання РФП для радіонуклідної терапії в онкології.

Як і в усьому світі, найбільш розповсюдженими в цій галузі онкології є методи лікування високодиференційованих злоякісних пухлин щитоподібної залози з ^{131}I і методи лікування метастатичних процесів скелета з остеотропними РФП.

Нами проаналізовано результати лікування близько 5000 хворих на високодиференційовані раки щитоподібної залози (папілярний і фолікулярний) з використанням $\text{Na } ^{131}\text{I}$ та результати радіонуклідно-медикаментозної терапії (з обов'язковим застосуванням двох остеотропних РФП) 348 хворих на рак грудної та передміхурової залоз із множинними метастазами в скелет.

Результати досліджень та їх обговорення. Оцінка результатів лікування такої великої когорти хворих (близько 5000 хворих на високодиференційовані раки щитоподібної залози) і їх моніторинг для визначення середньої медіани життя і виживаності – дуже складна і майже неможлива справа, особливо при визначенні 15-20-річної виживаності. При визначенні відсотків хворих, що живуть понад 10 років, треба брати до уваги небажання «здорової» людини без скарг звертатися до лікарів, постійну міграцію населення, складну політичну ситуацію останніх років, контроль нашого лікування за кордоном чи в приватних клініках, смерть від інших чинників тощо. Тому стовідсоткову гарантію наведеним нижче показникам дати неможливо. Обробляючи усі можливі (доступні) історії хвороб і результати наступних звернень (контактів) хворих, а також спираючись на довгостроковий досвід лікування в цій галузі, можна навести такі дані: 5-річна

виживаність хворих на високодиференційовані раки щитоподібної залози при суворому дотриманні усіх етапів лікування складає 93%, а 10-річна – 84%. Ці дані вірогідно відрізняються від термінів виживаності при інших формах раку. Треба відмітити, що на сьогодні автори спостерігають близько 50 хворих, які стабільно звертаються для контрольних досліджень після 20 років радіоїодтерапії. Таким чином, при однаковій тактиці хірургічного лікування усіх форм раку щитоподібної залози вірогідна і відчутна різниця в термінах виживаності хворих із високодиференційованими формами є безперечною і доказовою заслугою радіоїодтерапії.

Загалом різними схемами, але з обов'язковою присутністю двох остеотропних РФП проліковано 348 хворих на рак грудної та передміхурової залоз із множинними метастазами в скелет. Згідно зі шкалою Карновського, ефект розцінювався як «добрий» у 75% хворих (60-90%), що дозволило їм повернутися до активного життя, «частковий» – у 18% хворих і «відсутність ефекту» – тільки у 7% пацієнтів.

Це було доведено як лабораторними показниками (визначення пухлинних маркерів у сироватці крові), так і за допомогою методів візуалізації, особливо остеосцинтиграфії, яка у хворих із «добрим» ефектом виявляла позитивну динаміку: значення зниження рівнів накопичення РФП у зонах ураження і стабілізацію метастатичних осередків.

Порівнюючи дані деяких авторів, згідно з медіаною виживаності таких хворих, треба наголосити на значному покращенні цього чинника: наші розрахунки склали в середньому 28-36 місяців для хворих на рак грудної залози (19-25 місяців у R. Coleman) і 30-60 місяців для хворих на рак передміхурової залози (12-53%).

Висновки

1. Наведені в роботі приклади застосування радіонуклідної терапії в онкологічній практиці переконливо доводять цінність і перспективність цього методу лікування певних категорій онкологічних хворих.
2. Водночас розвиток радіонуклідної терапії в Україні набагато відстав від світового рівня, а ставлення онкологів, гематологів, урологів, ендокринологів (навіть радіологів) не спонукає до більш широкого впровадження цих методів у клінічну практику.
3. В Україні радіонуклідній терапії приділяється недостатньо уваги: навіть у медичному класифікаторі МОЗ є спеціальність «радіонуклідна діагностика» і немає «радіонуклідної терапії». У цьому плані треба вводити об'єднуючу спеціальність «ядерна медицина» (як в усьому світі).
4. Україна відстає від розвинутих держав світу не тільки організаційно, а й малою чисельністю спеціальних ліжок для радіонуклідної терапії, недостатністю лікувальних РФП і, відповідно, методів лікування не тільки онкологічних хворих, слабкою популяризацією цих методів тощо.
5. Незважаючи на всі перепони, зараз в Україні накопичився великий досвід радіонуклідного лікування злоякісних і незлоякісних захворювань; аналіз цих результатів потребує окремого обговорення і є дуже актуальним завданням сьогодення.