

шуванні пухлини у НВГ та ПВГ, за рахунок вираженої тенденції до метастазування, одночасно із первинним вогнищем опромінують і лімфовузли ший. Такою є і тактика при раку СВГ III стадії. Однак, на ранніх стадіях СВГ радіотерапія проводиться лише на первинне вогнище.

Вирішували межі планованого об'єму мішені (Planning target volume – PTV) для корекції похибок у зв'язку із диханням хворого під час сеансу опромінення та можливим зміщенням органу. Для пухлин гортані, згідно з даними літератури, на цей об'єм додавали 0,5-0,7 см до СТВ.

Наприкінці, враховуючи гістологічну форму пухлини та її радіочутливість, а також толерантність оточуючих критичних органів (спинний мозок) визначали лікувальний і опромінюваний об'єми (Treatment volume – TV та Irradiated volume – IV).

Залежно від поширеності первинного процесу проводили дозиметричні розрахунки. Так, при ранніх стадіях РГ ефективність радіотерапії та хірургічного методу майже однакова, але при променево-лікуванні зберігаються функціональні особливості даних відділів гортані, тому підводили радикальні дози. При Т3-4 будь-якої локалізації доцільним є комбіноване лікування із передопераційною променевою терапією, що дозволяє не лише підвищити виживаність таких пацієнтів, а й забезпечити більше можливостей для органозберігаючих операцій.

Висновки:

1. Необхідним є диференційований підхід до вибору запланованого об'єму опромінення відповідно до особливостей локалізації, характеру поширення та метастазування пухлини.

2. Грамотне передпроменеве планування дозволяє в повному обсязі підводити дози, необхідні для повної ерадикації пухлини не перевищуючи променеве навантаження на нормальні тканини.

3. Цей метод підвищує ефективність лікування хворих на рак гортані та покращує якість їхнього життя.

РАДІОЙОДРЕФРАКТЕРНИЙ РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ

Солодяникова О.І.

Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Значною медико-соціальною проблемою останніх десятиріч є радіоїодрезистентні форми ДРЦЗ. В цих випадках метастази папілярних та фолікулярних карцином втрачають здатність до накопичення радіоїоду. Як наслідок, стає неефективною і не доцільною радіоїодтерапія (РІТ), яка, згідно з Європейським консенсусом щодо ведення хворих на диференційовану карциному щитоподібної залози European consensus for the management of patients with differentiated thyroid carcinoma of the follicular epithelium (2010) є обов'язковим етапом комплексної терапії ДРЦЗ.

За даними світової літератури поява йод-негативних метастазів спостерігається у 7-25% випадків (С. Mian, S. Barollo, 2008; D. Deandreis, 2011; N. Busaidy, 2012).

Не зважаючи на широкий спектр діагностичних методик для виявлення метастазів та рецидивів ДРЦЗ проблема їх ранньої діагностики, прогнозу-

вання і лікування залишається невирішеною, а пошуки найбільш оптимального діагностичного алгоритму післяопераційного ведення таких хворих є надзвичайно актуальними.

Можливості сцинтиграфії щитоподібної залози з ^{99m}Tc -пертехнетатом у виявленні йод-негативних метастазів ДРЦЗ дещо обмежені, оскільки мінімальний розмір вогнища, що візуалізується, становить 1 см. При діаметрі 1,5 см метастаз виявляється лише в 37% випадків (Михнін А.Є, 2007).

Для підвищення специфічності сцинтиграфічного дослідження використовували двохфазне радіонуклідне дослідження з РФП з носієм та без. При цьому інформативність методики виявлення йод-негативних метастазів вдалось підвищити до наступних величин: чутливість склала 55–83% при специфічності 65-75% і точності 67-77% (Олійник Н.А., 2000). Однак з появою нових носіїв для ^{99m}Tc , двохфазні радіонуклідні дослідження потребують подальшого вивчення.

КТ використовується для виявлення вогнищ невеликих розмірів і одержання інформації про взаємовідношення метастазів з оточуючими анатомічними структурами при післяопераційному обстеженні хворих на ДРЦЗ. Однак часто виникають проблеми з диференційною діагностикою післяопераційних рубцевих змін і рецидиву пухлини, а також неспецифічного збільшення лімфовузлів і їх метастатичного ураження (Galloway R.J., 2006). Для вирішення подібних проблем доцільно використовувати радіонуклідні методи дослідження.

Найбільшу діагностичну значимість для виявлення метастазів у пацієнтів з негативним результатом ^{131}I -сканування та високим рівнем тіреоглобуліну має ПЕТ з ^{18}F -ФДГ (Lind R., 2000; Schluter B., 2001). У середньому чутливість ПЕТ для ідентифікації йод-негативного вогнища складає від 70 до 90% (McDougall I.R., 2009). Важливість виявлення таких вогнищ за допомогою ПЕТ змінює тактику лікування хворих на йод-негативні форми ДРЦЗ, включаючи повторну операцію чи променеву терапію замість радіоїодтерапії.

За даними Grunwald F. і співавторів чутливість та специфічність ^{131}I -позитивних метастазів складає 65%, специфічність – 100% відповідно. Для ^{131}I -негативних ці показники становили: чутливість – 85%, специфічність – 100%. Дані щодо чутливості ПЕТ у виявленні ^{131}I -негативних рецидивів і метастазів залежно від рівня ТТГ різняться. Так, Feine U. і співавтори не відмітили різниці в результатах ПЕТ при різних рівнях ТТГ, тоді як інші автори — Petrich T. і співавтори встановили, що введення рекомбінантного ТТГ вірогідно підвищує чутливість ПЕТ-дослідження.

Невирішеними залишаються такі питання: недостатня вивченість можливості радіонуклідної діагностики з нейодними РФП; не визначене місце морфологічних методів діагностики на різних етапах моніторингу пацієнтів з йод-негативними метастазами; недостатньо вивчені можливості ПЕТ-досліджень з ^{18}F -ФДГ для ранньої діагностики йод-негативних метастазів при ДРЦЗ, а також відсутній комплексний променевий алгоритм тривалого моніторингу цієї категорії хворих з метою ранньої діагностики рецидивів, метастазів ДРЦЗ з урахуванням економічної складової.