

аксиллярної ділянки, що не мали попередніх клінічних проявів (cNo→rN1), та в подальшому були підтверджені за даними гістологічного дослідження після операційного матеріалу.

Висновки. Виконання ПЕТ-КТ з ФДГ у рамках стадіювання локально поширених злоякісних пухлин молочної залози відіграє важливу роль у визначенні поширення процесу, а саме у виявленні віддаленого метастатичного ураження серед пацієнтів без клінічної підозри або інших попередніх даних щодо наявності віддаленого ураження. Окрім впливу на вибір тактики лікування при зміні стадії хвороби за результатами проведеного обстеження, наперед через визначення віддаленого метастатичного ураження, отримані метаболічні дані слугують базовою лінією для подальшої оцінки ефективності неoad'ювантної терапії.

ЗАСТОСУВАННЯ НОВІТНІХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ В ОНКОГІНЕКОЛОГІЇ

*Барановська Л.М., Іванкова В.С., Хруленко Т.В.,
Скоморохова Т.В., Приказюк Г.А.
Національний інститут раку, м. Київ, Україна*

Вступ. При нерезектабельних, регіонарно-метастатичних формах злоякісних новоутворень шийки матки єдиною можливістю засобами радикального антинеопластичного впливу є променева терапія (ПТ) та хіміопроменева терапія (ХПТ).

Завдяки впровадженню в клінічну практику сучасних технологій, променеве лікування розширило свої терапевтичні можливості. Застосування конформної ПТ дає можливість формувати зону опромінення, максимально наближену за формою до злоякісного новоутворення, і підводити підвищені дози на пухлину, зменшуючи променеве навантаження на оточуючі органи і тканини. Новітні технології внутрішньопорожнинної брахітерапії (ВПБТ) дають змогу сконцентрувати енергію іонізуючого випромінювання безпосередньо в опромінюваній мішені з мінімальним ризиком променевих ускладнень в органах, що її оточують.

Мета. З метою збільшення ефективності поєднаної променевої терапії (ППТ) хворих на місцевопоширені форми раку шийки матки (МР РШМ) було розроблено нестандартний режим фракціонування дози опромінення.

Матеріали та методи. У відділенні радіаційної онкології Національного інституту раку проведено обстеження і ППТ 82 хворих із ІІВ-ІІІВ стадією РШМ, віком від 29 до 68 років. Пацієнтки були розподілені на основну (37 хворих) і контрольну (45 хворих) групи. На І етапі курсу ППТ хворим основної групи проводили конформну променеву терапію (КПТ) на апараті лінійний прискорювач електронів (ЛПЕ) «Сіпас-2100 CD» у режимі прискореного мультифракціонування: на ділянку малого таза (пухлина і шляхи лімфовідтоку) підводили разову осередкову дозу (РОД) 1,3 Гр х 2 рази на добу з інтервалом 4-6 год до сумарної осередкової дози (СОД) 39 Гр на пухлину і до СОД 45 Гр на лімфатичні вузли малого таза. Хворим контрольної групи проводили КПТ у режимі класичного фракціонування: на ділянку малого таза РОД 1,8 Гр до СОД 45 Гр. На ІІ етапі усім хворим проводили брахітерапію (БТ) джерелами Со60 високої активності (high dose rate – HDR) на установці

Gyne Source у режимі РОД 5 Гр на т. А 2 рази на тиждень до СОД 40 Гр за 8 фракцій.

Результати та обговорення. Аналіз даних безпосередніх результатів ППТ хворих на РШМ свідчить про більший позитивний відгук пухлини на цитостатичну терапію в основній групі хворих, де КПТ проводили у режимі прискореного мультифракціонування. Так, повна регресія первинного пухлинного вогнища відзначена у 7 (18,9%) пацієнток основної групи і у 7 (15,5%) хворих контрольної групи, а часткова, відповідно, у 22 (59,5%) і 18 (40,0%) пацієнток основної і контрольної груп. Статистично вірогідних і клінічно значущих загальних токсичних і ранніх променевих реакцій у критичних органах (вище за ІІ ступінь) у хворих основної і контрольної груп не відзначено.

Висновок. Таким чином, новітні технології ППТ РШМ із використанням прискореного режиму мультифракціонування КПТ і HDR БТ дозволяють підвести канцероцидні дози опромінення на пухлину, зменшити променеве навантаження на органи й тканини у зоні ризику. Перерва між фракціями опромінення створює умови для запуску додаткових процесів репарації й елімінації сублетальних ушкоджень у нормальних тканинах, що сприяє зменшенню променевих реакцій і покращенню якості життя хворих.

ПОЄДНАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ СПІРАЛЬНОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ ТА ТРАНСРЕКТАЛЬНОЇ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ В ОЦІНЦІ ХІМІОПРОМЕНЕВОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

*Баштан В.П., Васько Л.М.,
Почерняєва В.Ф., Жукова Т.О.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна
академія», м. Полтава*

Рак прямої кишки залишається одним із найпоширеніших онкологічних захворювань, посідаючи в структурі онкологічної захворюваності України 5-е місце. За даними Українського національного канцер-реєстру, у 29% пацієнтів при первинному зверненні діагностують занедбані випадки захворювання, що унеможлиблює використання хірургічних втручань на першому етапі лікування. Застосування неoad'ювантної, зокрема хіміопроменевої, терапії дозволяє підвищити резектабельність пухлини за рахунок зменшення її розмірів і зв'язку з навколишніми органами, що полегшує подальше виконання оперативного лікування. Тому надзвичайно актуальним постає визначення ступеня поширеності пухлинного процесу та оцінка ефективності проведеного неoad'ювантного лікування.

Метою нашого дослідження стало вивчення можливості поєднаного застосування спіральної комп'ютерної томографії (СКТ) та трансректальної ультразвукової діагностики (ТРУЗД) в оцінці регресії пухлинного процесу у хворих на місцевопоширений рак прямої кишки (МП РПК) після неoad'ювантної хіміопроменевої терапії (НХПТ).

До уваги було взято 85 хворих на МП РПК, що перебували на лікуванні у Полтавському обласному клінічному онкологічному диспансері, яким до початку лікування та після його закінчення в комплексі діагностичних заходів виконували СКТ та ТРУЗД. Це були чоловіки (56,5%) та жінки (43,5%) віком від 34 до

85 років, середній вік – 64,9 року. Щодо локалізації РПК, то серед них переважно більшість становили хворі з ураженнями середньоампулярного — 53,6% та нижньоампулярного — 40,5% відділів прямої кишки. Гістологічно – це були аденокарциноми різного ступеня диференціювання. Спіральну комп'ютерну томографію проводили на апараті CT/e Dual фірми GE (США) у звичайному режимі за стандартними методиками. Ультразвукове дослідження проводилось тільки хворим II групи на апараті Acuson фірми Siemens з трансректального доступу із застосуванням відповідного датчика з частотою 5,0 МГц. Згідно з рекомендаціями, ТРУЗД виконувались тільки після пальцевого обстеження прямої кишки та ректороманоскопії.

На доопераційному етапі СКТ дозволила визначити локалізацію та поширеність раку прямої кишки за окружність та довжиною кишки, проростання пухлин у параректальну клітковину та суміжні органи, наявність збільшених лімфовузлів. Але цей метод дослідження не дозволив візуалізувати проростання пухлини в окремі шари кишкової стінки, зокрема в м'язовий шар, що є визначним у диференціальній діагностиці локалізованого МП РПК. Встановлена діагностична інформативність методів досліджень залежно від стадії РПК. Визначено, що точність, чутливість та специфічність СКТ при РПК Т3 становить 84,2, 86,3 та 66,7% відповідно, при Т4 – 85,8, 91,3 та 60,0% відповідно.

За даними ТРУЗД, проростання пухлинним процесом м'язового шару стінки ми визначали як поширеність Т3. Після проведеної НХПТ зменшення розмірів пухлини визначалось за рахунок появи в межах стінки кишки зон склерозування, що на ТРУЗД-зображеннях локувались як множинні ділянки підвищеної ехогенності неоднорідної структури. Ультразвуковою ознакою проростання пухлини в параректальну клітковину при Т4 була наявність нечіткого її зовнішнього контуру. Після НХПТ зменшення проростання пухлинного процесу у параректальну клітковину діагностовано в 37,5% хворих. Встановлено, що застосування методу трансректальної ультразвукової діагностики для раку прямої кишки з поширеністю Т3 є інформативним: точність, чутливість та специфічність відповідає 92,3, 94,8 та 85,8%. При Т4 ці показники становили 78,6, 83,3, та 50,0%, що пов'язано з інвазією пухлинним процесом усіх шарів кишкової стінки і значним проростанням за її межі, а також зі стенозуванням просвіту прямої кишки.

За даними СКТ, чутливість при поширеності Т4 була значно вищою (91,3%), ніж за даними ТРУЗД. Однак специфічність СКТ знаходиться на низькому рівні (66,7% при Т3 та 60,0% при Т4 відповідно), що обґрунтовує необхідність доповнення його методом ТРУЗД для більш точної діагностики та ефективності стадіювання МП РПК. До того ж додаткове застосування ТРУЗД при МП РПК Т3 стадії на статистично значущому рівні підвищує діагностичну інформативність у 1,4 раза.

Отже, досить актуальним постає питання необхідності обстеження хворих на МП РПК з одночасним застосуванням методів СКТ та ТРУЗД, що дозволить адекватно діагностувати променеві ознаки регресії пухлинного процесу, чітко візуалізувати шари стінки прямої кишки та глибину інвазії пухлини. Тому суміс-

не застосування цих методів до та після НХПТ дає можливість вірогідно об'єктивізувати відповідь пухлини на лікування з метою визначення розширення операбельності МП РПК та можливості виконання сфінктерозберігаючих операцій.

МОЖЛИВОСТІ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ СЕПТОПЛАСТИКИ

Белоус І.В.

*Київська клінічна лікарня
на залізничному транспорті № 2 філії
«Центр охорони здоров'я»
ПАТ «Українська залізниця», м. Київ*

Вступ. Виражена деформація носової перегородки (НП) призводить до низки патологічних станів (утруднення носового дихання, змін з боку слизової оболонки носа, гіпоксії, зміни суміжних органів) і потребує хірургічного лікування – септопластики. При септопластиці існує небезпека розвитку низки ускладнень, що пов'язано з травматизацією тканин в процесі проведення операції. Застосування методу комп'ютерної томографії (КТ) суттєво поліпшило діагностику морфологічних змін НП після проведення оперативних втручань.

Мета — вивчити можливості КТ під час оцінки ускладнень після септопластики у хворих із викривленням НП.

Матеріал і методи. Обстежено 42 пацієнти (18 чоловіків та 24 жінки віком від 19 до 52 років) на 7-14-у добу після проведення септопластики. Корекція НП виконувалась з приводу утруднення носового дихання, хронічного риніту; отиту, евстахіїту, синуситу, наявності зовнішніх косметичних дефектів. КТ виконана на спіральному однозрізовому комп'ютерному томографі General Electric Ct/e в аксіальній проекції (положення пацієнта на спині) з товщиною зрізу 1 мм, наступними мультипланарними реконструкціями в корональній та сагітальній проекціях. Усім хворим проведена передня риноскопія. Статистичний аналіз проводився з використанням програми для роботи з електронними таблицями (Microsoft Office Excel).

Результати досліджень та їх обговорення. За даними КТ у 13 (30,9%) хворих виявлені ускладнення у післяопераційному періоді. Найбільшу частку становили гематоми під слизовою оболонкою в ділянці операційного поля, які спостерігались в 6 (46,1%) випадках. У 4 (30,7%) хворих виявлені ознаки синуситу з наявністю в порожнинах придаткових пазух неоднорідного рідинного вмісту (гнійне запалення). За допомогою КТ у 2 (15,4%) випадках встановлено деформацію НП унаслідок технічно неправильного виконання хірургічної корекції. У одного (7,8%) хворого КТ дозволила виявити порожнину в ділянці НП з ознаками абсцедування, що потребувало проведення повторного оперативного втручання.

Висновки. Застосування сучасної неінвазивної КТ після операційних втручань на НП дозволяє своєчасно діагностувати ускладнення, оцінювати морфологічні зміни НП та стан суміжних органів лицевої ділянки, що особливо важливо для визначення ефективності результатів септопластики, подальшої тактики лікування та реабілітації.