

КОМБІНОВАНІ ПРОМЕНЕВІ ПІДХОДИ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ ТОВЩИНИ ЕПІКАРДІАЛЬНОГО ЖИРУ У ПАЦІЄНТІВ З АБДОМІНАЛЬНИМ ОЖИРІННЯМ

Божок А.А.¹, Шармазанова О.П.²

¹ДУ «Національний інститут терапії
ім. Л.Т. Малої НАМН України», м. Харків

²Харківська медична академія післядипломної
освіти МОЗ України, м. Харків

Вступ. Епікардіальна жирова тканина (ЕЖТ) має вагомe значення за рахунок свого тісного контакту з міокардом і коронарними артеріями, а вимірювання її товщини надає більш точну інформацію для подальшого прогнозу серцево-судинних захворювань (ССЗ).

Товщина епікардіальної жирової тканини (тЕЖТ) \geq 7 мм на рівні правого шлуночка (ПШ) у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС) та гіпертонічну хворобу (ГХ) з абдомінальним ожирінням (АО) взаємопов'язана зі структурно-геометричними і функціональними порушеннями міокарда. Водночас немає чіткого алгоритму щодо поєднаного застосування променевих методів діагностики.

Мета — покращення променевої діагностики епікардіальної жирової тканини у пацієнтів з абдомінальним ожирінням шляхом використання комплексу променевих методів.

Матеріали та методи. Дослідження антропометричних параметрів (ІМТ, ОТ) у пацієнтів з АО, формування груп залежно від ступенів АО, статі і віку, наявності ГХ або ІХС. Під час проведення ехокардіоскопії відмічається збільшення тЕЖТ (≥ 7 мм) із перевищенням порогових показників ТС лівого і правого шлуночка (ЗСЛШ $>1,1$ см; ТСПШ $>0,5$ см). Сформовані групи з тЕЖТ ≥ 7 мм дообстежуються шляхом комплексних рентгенологічних методик (рентгеноскопія, рентгенографія з кардіометрією, в окремих випадках рентгенівська комп'ютерна томографія) з метою виявлення та кількісної оцінки тЕЖТ.

Результати і висновки. Уточнення параметрів порогових значень тЕЖТ у хворих з АО, ССЗ (ГХ, ІХС), залежно від віку та статі, дозволяє встановити взаємозв'язок між тЕЖТ зі стадіями гіпертонічної хвороби та поширеністю коронарного атеросклерозу. Застосування розробленого комплексу променевих досліджень і виявлення оптимального обсягу використання променевих методик дозволить клініцистам своєчасно діагностувати граничні стани, обирати тактику лікування пацієнтів, проводити профілактичні дії, підвищити специфічність та точність скринінгових променевих методик. Запропоновані порогові величини тЕЖТ слід розглядати як прямий критерій ризику ССЗ.

ЕНДОМЕТРІОЗ: ПОЗАОРГАННІ ПРОЯВИ, ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ

Болгова І.М., Гурандо А.В.,

Козаренко Т.М., Карачарова І.Ю.

ТОВ «Капітал», Універсальна клініка «ОБЕРІГ»,
Україна, м. Київ

Вступ. Ендометріоз є одним із найбільш поширених захворювань жіночої репродуктивної системи, що поступається за частотою лише запальним захворюванням жіночої репродуктивної системи і міомі матки. В основі розвитку захворювання лежить комплекс імунних і гормональних порушень, однак точні

причини його ще не встановлені. Добре відомий зв'язок між ендометріозом і безпліддям. Частота безпліддя при ендометріозі, за даними різних авторів, коливається від 30-40 до 60-80%. У зв'язку з цим своєчасна діагностика ендометріозу не тільки зберігає репродуктивну функцію жінки, але й попереджає в подальшому інвалідизацію пацієнток.

Мета — підвищення ефективності МРТ-діагностики глибокого інфільтративного ендометріозу з урахуванням особливостей його поширення. Своєчасна діагностика ендометріозу не лише зберігає репродуктивну функцію жінки, але й запобігає в подальшому, інвалідизацію пацієнток.

Матеріали та методи. проведений ретроспективний аналіз і представлені результати обстеження 27 пацієнток із підозрою на глибокий тазовий ендометріоз віком від 24 до 45 років (середній вік — 34,5 років), у тому числі 3 жінки в динаміці. Дослідження проводилося на 1,5t МРТ-системі EXCELART Vantage XGV виробництва Toshiba Medical Systems Corporation. Всім пацієнткам виконувалася МРТ малого таза за стандартною методикою із внутрішньовенним введенням контрастної речовини, а також з використанням додаткових МР-програм (T2 FSE with high resolution, 3D T1 FFE FS and GRE T2).

Результати. Встановлено, що найбільш частою локалізацією глибокого інфільтративного ендометріозу є ректовагінальний простір — 17 (63%) випадків і матково-крижові зв'язки — 7 (26%) випадків, поєднана форма глибокого ендометріозу ректовагінального простору і матково-крижових зв'язок спостерігалась лише у 3 (11%) випадках. У більшості випадків у нашому дослідженні переважає інфільтративна форма у поєднанні з ендометріодними гетеротопіями — 16 (59%) випадків, вузлова форма виявлена у 2 (7%) випадках. Потовщення стінки кишки, піхви і сечового міхура виявлено у 9 (34%) випадках. МРТ-метод дозволяє оцінити глибину поразки стінки кишки, визначити довжину зони поразки, наявність стенозів кишки, оцінити глибину і протяжність інвазії. Використання внутрішньовенного контрастування не підвищує ефективність діагностики глибокого інфільтративного ендометріозу.

Висновки. Відмічені особливості МР-семіотики глибокого інфільтративного ендометріозу з метою підвищення ефективності його діагностики, а також оцінки динаміки процесу при медикаментозному лікуванні. Модифікований протокол МР-дослідження з використанням додаткових програм (T2 FSE with high resolution, 3D T1 FFE FS and GRE T2) ендометріозу дозволить фахівцям з променевої діагностики точніше оцінювати обсяг ураження на 4,3% та може бути корисним гінекологам у випадках планування хірургічного втручання.

МСКТ-КОНТРОЛЬ ПЕРКУТАННОЇ ПУНКЦІЙНОЇ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ ПРИ ГЕМАНГіОМАХ ХРЕБТА

Бондарчук Т.І., Робак О.П., Гарматіна О.Ю.,
Робак К.О., Педаченко Ю.Є.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова
НАМН України», м. Київ

Гемангіома хребця — доброякісна судинна пухлина. Клінічне значення мають лише ті гемангіоми, які рентгенологічно можна тлумачити як таке, що рос-

туть, прогресують, або ж є причиною патологічної компресії хребця. Одним із методів хірургічного лікування є перкутанна пункційна вертебропластика (ППВ) з використанням цементуючої суміші.

Мета роботи – оцінити ефективність виконання та виявлення ускладнень при ППВ за даними МСКТ.

Матеріали та методи. Було обстежено 32 пацієнти після виконання ППВ з приводу агресивної гемангіоми хребця. Вік пацієнтів – 38-72 років. Переважали жінки (ч:ж = 24:8). Дослідження виконувалось на мультиспіральному комп'ютерному томографі з 3D-реконструкцією.

Результати та їх обговорення. Частіше гемангіоми були зареєстровані у грудному відділі хребта (57%). За даними МСКТ встановлювали місцеположення цементуючого агента. Його щільність становила понад 2000 од. Хаунсфілда. Відсутність прогресуючого зниження висоти ураженого хребця було зареєстровано в усіх випадках. Наявність ускладнень у вигляді виходу цементуючого агента за межі хребця, його поширення у хребтовий канал із виникненням ятрогенного стенозу на рівні операції відмічалось в 1% випадків.

Висновки. Завдяки високій щільності цементуючого агента МСКТ дає можливість із високою точністю визначити його місцеположення та діагностувати наявність ускладнень після операцій ППВ.

СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ РАДИОХИРУРГИЯ ШВАННОМ ПРЕДВЕРНО-УЛИТКОВОГО НЕРВА: НЕЙРОРАДИОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ РОСТА ОПУХОЛИ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ

Бурик В., Межецкис М.,

Саукума Д., Скраманис М.

Центр стереотаксической радиохирургии

«Сигулда», г. Рига, Латвия

Стереотаксическая радиохирургия (СРХ) является методом высокодозного локального лучевого воздействия на патологические очаги головного мозга, в том числе на доброкачественные опухоли черепно-мозговых нервов. Радиохирургическая система КиберНож (CyberKnife M6™) с максимальной точностью обеспечивает контроль роста опухоли при сохранении качества жизни пациентов и минимальным воздействием на окружающие жизненноважные органы и структуры.

Цель — определение показаний и особенностей применения стереотаксической радиохирургии у пациентов со шванномами предверно-улиткового нерва, а также анализ результатов лечения с использованием роботизированной системы КиберНож (CyberKnife M6™)

Материалы и методы. 18 пациентов со шванномами предверно-улиткового нерва прошли лечение с декабря 2015 по январь 2017 года в ЦСР «Сигулда» на радиохирургической системе КиберНож (CyberKnife M6™). Каждый пациент получил от 1 до 3 фракций радиохирургического лечения. У большинства пациентов (12 больных) был проведен 1 сеанс стереотаксической радиохирургии в диапазоне доз от 12 Гр (8 больных) до 14 Гр (4 больных). Пять пациентов с рецидивом опухоли после операции получили 18 Гр за 3 фракции. Лечение было проведено 130-180 некопланарными пучками с помо-

щью 1-2 коллиматоров (7,5-10 мм), изодозная кривая была от 67-86%, коэффициент конформности – 1,15-1,25, коэффициент гомогенности – 1,1-1,3. Перед лечением все пациенты прошли нейро-офтальмологический осмотр, аудиометрию. Восемь пациентов прошли «video Head Impulse test» (vHIT) для оценки состояния вестибулярного аппарата. У 3 пациентов из этой группы было умеренное снижение вестибулярной функции.

Результаты. На данном этапе исследования мы оценивали безопасность лечения и отсутствие ранних осложнений после стереотаксической радиохирургии. У пациентов не было острых постлучевых осложнений, отсутствовал выраженный постлучевой неврологический дефицит, а также отсутствовало локальное прогрессирование в течение 6 месяцев. Ни у одного пациента не было постлучевых нарушений лицевого нерва. Определялось умеренное снижение слуха у 8 пациентов после СРХ. У 4 больных в группе, которым провели vHIT перед СРХ, при контрольном исследовании через 3 месяца имело место умеренное ухудшение вестибулярной функции.

Выводы. Стереотаксическая радиохирургия на системе КиберНож (CyberKnife M6™) является эффективным и безопасным методом лечения для пациентов со шванномами предверно-улиткового нерва, а также позволяет избежать риска развития тяжелых неврологических осложнений и сохранить высокий уровень качества жизни после лечения.

СТЕРЕОТАКСИЧЕСКАЯ АБЛЯЦИОННАЯ РАДИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОЛИГОМЕТАСТАЗОВ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Бурик В., Межецкис М.,

Саукума Д., Скраманис М.

Центр стереотаксической радиохирургии

«Сигулда», г. Рига, Латвия

Развитие онкологического заболевания проходит от начального этапа локального новообразования, часто доступного радикальному лечению (хирургия, абляционные методики), до распространенного метастатического процесса, который требует системной химиотерапии и паллиативного лечения. Развитие современных методов диагностики, в том числе позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ-КТ), в ряде случаев позволяет определить промежуточный «олигометастатический» этап онкопроцесса. Агрессивное воздействие (хирургия, стереотаксическая радиотерапия, абляционные методики) на единичные метастазы (от 1 до 3), на фоне системной терапии или без нее, позволяет стабилизировать распространение онкопроцесса и существенно улучшить качество жизни пациентов.

Стереотаксическая абляционная радиотерапия (САРТ) на системе КиберНож (CyberKnife M6) — современный метод проведения высокоточной лучевой терапии с помощью компьютеризированного медицинского линейного ускорителя на роботизированной руке, который позволяет подвести абляционную дозу излучения непосредственно к злокачественной опухоли или к определенному участку внутри нее. САРТ на системе КиберНож