

показників мозкової перфузії різного ступеня вираженості на боці ушкодженої артерії. Так, реєструвались підвищення CBV, MTT та TTP, зниження CBF на стороні стенозу/оклюзії ВСА (>70%) зі статистично достовірними змінами в басейнах середньої (СМА) та передньої (ПМА) мозкових артерій. У випадках двостороннього ураження зміни показників ПМСКТ відмічались з обох сторін. Після проведення ревазуляризуєчих втручань реєстрували поліпшення показників ПМСКТ у вигляді зниження CBV, MTT та TTP, підвищення CBF на стороні ураження та тенденції до їх міжпівкульного вирівнювання ($p < 0,05$).

Висновки. ПМСКТ головного мозку може бути використана на доопераційному етапі при відборі пацієнтів для хірургічної корекції та в оцінці результатів оперативного втручання при XI у пацієнтів із патологією БЦА.

МОЖЛИВОСТІ МРТ У ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Головко Т.С., Коровіна А.С, Смакова М.С.
Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Мета дослідження — визначення ефективності МРТ в уточненні діагностики раку шийки матки шляхом первинного обстеження пацієнтів та перебігу захворювання.

Матеріали та методи. Проведена МРТ 76 пац. з установленим діагнозом «аденокарцинома шийки матки». Був попередньо проведений курс променевої хіміотерапії та контрольна МРТ для виявлення динаміки процесу. Прооперованим 25 пац. з метою виявлення перебігу захворювання проведено контрольну МРТ. 13 пацієнтам в оперативному втручанні було відмовлено, через фізичний стан або неможливість видалення пухлини.

Результати. Діагноз «аденокарцинома» верифікований морфологічно у 76 пацієнтів, при кольпоскопії з подальшим морфологічним підтвердженням. У 76 (100%) пац. спостерігалось нерівномірне потовщення стінок шийки матки; у 19 (25%) пац. ознак порушення цілісності поверхневого шару та інвазії жирової клітковини не відмічалось; у 15 (20%) пац. пухлина поширювалась тільки на парацервікальну жирову клітковину; у 48 (55%) пац. відмічалась інвазія органів малої миски. З 76 (100%) пац. у 38 (50%) пац. виявлено метастазування в регіонарні лімфатичні вузли та в кістки таза.

Висновки. МРТ є високоінформативним методом променевої діагностики у визначенні поширення раку шийки матки та оцінки ефективності проведеного лікування.

АПЛІКАЦІЙНИЙ МЕТОД БРАХІТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ НЕМЕЛАНОМНОГО РАКУ ШКІРИ

Гороть І.В.^{1,2}, Козак О.В.², Ткаченко М.М.¹,
Ременник О.І.²

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна
²КЗ КОР «Київський обласний онкологічний диспансер», м. Київ, Україна

Вступ. Немеланомний рак шкіри (НМРШ) – це одне з найпоширеніших онкологічних захворювань, до якого належить базальноклітинний і плоскоклі-

тинний рак шкіри. Згідно з даними Національного канцер-реєстру, щороку реєструється понад 20 тисяч нових випадків захворюваності на НМРШ. На 2015 рік НМРШ посідає перше місце в структурі онкологічної захворюваності серед чоловіків і друге місце серед жінок після раку грудної залози. До того ж, частота виникнення НМРШ щороку невпинно зростає як в Україні, так і у світі, що відповідає загальному приросту онкопатології. Незважаючи на рідкісне метастазування, НМРШ може призводити до суттєвої локальної деструкції тканин поряд із залученням у патологічний процес значних відділів м'яких тканин, а також хрящів і кісток, що призводить до спотворення вигляду. Своєчасно встановлений діагноз злоякісного захворювання вважається на стадії T1-2, N0, M0, коли є можливість проведення радикального лікування. Променева терапія НМРШ пройшла шлях від застосування близькофокусної рентгенотерапії до нового методу лікування – брахітерапії, контактного методу променевої терапії, при якому джерело випромінювання розміщується безпосередньо на або в самому пухлинному вогнищі.

Мета роботи — провести оцінку ефективності лікування локальних стадій НМРШ шляхом застосування аплікаційного методу HDR-брахітерапії за радикальною програмою.

Матеріали та методи. У відділенні променевої терапії КЗ КОР «Київський обласний онкологічний диспансер» проведено лікування 49 пацієнтів із локальними стадіями НМРШ: базальноклітинний – 30 (61%) пацієнтів, плоскоклітинний – 18 (37%), хвороба Боуена – 1 (2%). Діагноз встановлювався на підставі проведеного гістологічного дослідження первинного вогнища і додаткових методів обстеження (УЗД регіонарних лімфатичних вузлів, черевної порожнини, рентгенографії грудної порожнини, КТ за показаннями). Згідно з Міжнародною класифікацією у пацієнтів були встановлені стадії TisN0M0 – 1 (2%), T1N0M0 – 38 (77,6%), T2N0M0 – 10 (20,4%). Первинне пухлинне вогнище локалізувалося на носі у 19 пацієнтів, щоці – 11, лобі – 7, волоссяній частині голови – 5, ділянці вуха – 4, губі – 3. Всі пацієнти опромінювалися на апараті контактної радіотерапії MicroSelectron, який оснащений інкапсульованим радіоактивним джерелом ¹⁹²Ir високої потужності дози (HDR). Залежно від стадії захворювання і локалізації пухлинного вогнища для опромінення вибирали оптимальну кількість інтерстатів та підводили дозу шляхом аплікаційної брахітерапії. Розміщення інтерстатів оптимізували відповідно до розмірів первинного пухлинного вогнища з додатковими 0,3-0,5 см відносно до видимої межі пухлини. Разові осередкові дози становили 6 Гр, число фракцій – 6 за весь період лікування при щоденному опроміненні. Точка нормування знаходилася на глибині 3-5 мм від поверхні шкіри. Типометричну підготовку здійснювали під 3D КТ-контролем, а індивідуальне планування лікувального процесу – за допомогою програмного забезпечення Oncentra 3.1. Контроль результатів лікування проводили щомісячно перші 4 міс., далі – 1 раз на квартал (пацієнти проходили огляд у променевого терапевта, УЗД регіонарних лімфатичних вузлів та інші методи обстеження за необхідності). Пацієнти спостерігалися протягом 1-4 років після закінчення курсу брахітерапії.