Результати. Протягом перших 2-3 тижнів після завершення повного курсу аплікаційної брахітерапії сумарною осередковою дозою 36 Гр при щоденному опроміненні разовою осередковою дозою 6 Гр у всіх пацієнтів спостерігалися місцеві променеві реакції I-II ступеня у вигляді тимчасового набряку і гіперемії оточуючих здорових тканин, до яких підводилася 60-80% ізодоза від зазначеної загальної дози згідно з рекомендаціями. З 3-4-го тижня після закінчення лікування променеві реакції вщухали, а на місці опромінення утворювалася кірка, під якою формувалася нова молода тканина. Через 3 місяці після проходження курсу опромінення у всіх пацієнтів спостерігали повний регрес пухлинного вогнища.

Висновок. Застосування аплікаційного методу HDR брахітерапії в режимі опромінення 36 Гр за 6 фракцій є ефективним при лікуванні локальних стадій немеланомного раку шкіри шляхом індивідуального 3D-планування і КТ-симуляції. Завдяки вчасно встановленому діагнозу і радикально проведеному лікуванню спостерігається повний регрес пухлинного вогнища без видимих косметологічних дефектів.

САРКОЇДОЗ ЛЕГЕНЬ: ТРУДНОЩІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ

Гураль О.А.[1], Милян Ю.П.[2], Рак Л.М.[2]
[1]КУ ЛОР Львівський регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр, м. Львів
[2]Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр, м. Львів, Україна

Вступ. Саркоїдоз (хвороба Беньє–Бека–Шаумана) – це системне захворювання, яке найчастіше уражує осіб молодого віку та характеризується утворенням неказеозних епітеліоїдноклітинних гранульом, які можуть локалізуватися у різних органах та системах, що зумовлює варіабельність клінічної маніфестації даної нозології. Незважаючи на це, легенева форма саркоїдозу з ураженням внутрішньо грудних лімфатичних вузлів на практиці спостерігається більш ніж у 90% випадків та на рентгенограмах і зображеннях КТ найчастіше відповідає картині вогнищевої дисемінації.

Мета дослідження — на основі випадків із практики (оцінки клінічних та лабораторних даних, аналізу змін на рентгенограмах та зображеннях КТ) розглянути та оцінити цінність основних критеріїв діагностики та сформувати диференційно-діагностичний підхід.

Матеріали та методи. Для формування критеріїв диференційної діагностики використовувалися практичні випадки – 28 пацієнтів, які надходили з попереднім діагнозом «саркоїдоз органів дихання», дані літератури, результати обстежень закордонних колег, оцінка результатів рентгенографії та КТ для визначення стадії захворювання на основі рентгенологічних критеріїв діагностики.

Результати досліджень та їх обговорення. Із загальної кількості пацієнтів з підтвердженим діагнозом саркоїдозу у 6 (21,4%) була встановлена I стадія захворювання, у 10 (35,7%) – II стадія, у 10 (35,7%) пацієнтів III стадія та у 2 (7,1%) пацієнтів – IV стадія.

У 5 випадках діагноз саркоїдозу був підтверджений лабораторно-інструментальними методами та гістологічно. 4 випадки саркоїдозу встановлено на підставі лише лабораторно-інструментальних методів. У 19 випадках встановлення діагнозу базувалося на клінічних та рентгенологічних даних.

Усім пацієнтам після встановлення діагнозу призначено гормональну терапію, на тлі якої була клінічна та рентгенологічна позитивна динаміка.

При оцінці рентгенограм та комп'ютерних томограм першочергово оцінювали стан органів грудної клітки – наявність/відсутність внутрішньогрудної лімфаденопатії та зміни в легеневій паренхімі. Враховувалися: 1) локалізація та характер поширення змін; 2) типи патернів; 3) рівномірність/нерівномірність та симетричність процесу; 4) поліморфізм вогнищ та схильність до злиття; 4) наявність у легеневій паренхімі фіброзних та деструктивних змін; 5) динаміка процесу на тлі гормональної терапії.

Перша стадія саркоїдозу проявляється двосторонньою лімфаденопатією.

Для саркоїдозу в другій стадії характерне лімфогенне поширення процесу в легеневу тканину з подальшою симетричною дисемінацією, формуванням різнокаліберних вогнищ, наявністю збільшених бронхопульмональних і медіастинальних лімфатичних вузлів та відсутністю деструкцій.

Третя стадія характеризується змінами лише паренхіми легень, які на тлі гормонального лікування, можуть регресувати або зазнати фіброзної трансформації, характерної вже для четвертої стадії саркоїдозу.

Висновки. Рентгенографія та СКТ як додатковий метод у важких діагностичних випадках залишаються найважливішими в диференційній діагностиці саркоїдозу. Лабораторна діагностика за нетипової рентгенологічної та/або КТ-картини дозволяє підтвердити попередній діагноз саркоїдозу.

Гістологічне підтвердження діагнозу важливе при проведенні диференційної діагностики з іншими інтерстиційними захворюванням, а іноді з високодиференційованою аденокарциномою чи лімфомою.

РІЗНІ РФП У РАДІОНУКЛІДНІЙ ТЕРАПІЇ МЕТАСТАТИЧНОГО УРАЖЕННЯ КІСТОК

Даниленко В.В., Солодянникова О.І., Саган Д.Л., Сукач Г.Г.
Національний інститут раку, м. Київ, Україна

Вступ. Попри широке використання бісфосфонатів, таргетних та гормональних препаратів, лікування на стадії кісткового метастазування і далі залишається складною в багатьох відношеннях проблемою. Радіонуклідна терапія досить широко застосовується в розвинених країнах при лікуванні множинних кісткових метастазів як терапія «останньої лінії».

Матеріали та методи. Для аналізу знеболюючого впливу різних РФП при метастатичному ураженні кісток у нашій роботі ми використовували шкалу оцінки інтенсивності болі (ЛАКОМЕД). Радіонуклідна терапія проводилась відповідно до стандартизованих протоколів лікування РФП у відкритому вигляді (Nuclear Medicine Resources Manual, 2006). Серед пролікованих хворих 58 з РГЗ, 30 – з РПЗ, 6 – із раком легені, 4 – з раком нирки, 1 – із раком шийки матки і 1 – із раком ректосигмоїдального кута товстого