

електронів Varian Clinac 2100, РОД-2,0 Гр до СОД-60 Гр, без перерви.

Результати та їх обговорення. У 46% пацієнтів, пролікованих на апараті «Тератрон» за останній рік, було виявлено променеві реакції II ступеня з боку слизових оболонок, а у 8-12% пацієнтів — реакції III ступеня. В результаті цього була потрібна вимушена перерва у променевому лікуванні для проведення медикаментозної терапії.

У 30-60% випадків у пацієнтів, які отримували тільки променеве лікування, та майже у 100%, які отримали хіміопроменеву терапію з метою радіомодифікації, з'являвся виражений мукозит ротової порожнини та глотки.

Променеві реакції у хворих, пролікованих на лінійному прискорювачі електронів методом конформного опромінення, з'являлись під кінець або після завершення лікування та досягали 80-90%, але вони мали помірної або легкого ступіня прояву і не потребували активного медикаментозного лікування.

Висновки. Сучасна променева терапія з використанням високоенергетичних апаратів — лінійних прискорювачів, методом конформного опромінення з попередньою 3D-топометричною підготовкою, дозволяє провести лікування без перерви, зменшити ступінь прояву променевих реакцій орофарингіальної зони, що підвищує ефективність променевої терапії та покращує якість життя пацієнтів.

КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАТИЧНОГО РАКУ ВАГНИ

Іванкова В.С.¹, Барановська Л.М.¹,
Хруленко Т.В.¹, Матвієвська Л.В.²

¹Національний інститут раку, м. Київ, Україна

²Житомирський обласний онкологічний
диспансер, м. Житомир, Україна

Вступ. Пошук оптимальних моделей контактного опромінення з метою підвищення ефективності хіміопроменевої терапії (ХПТ) вторинного раку піхви (метастатичних форм) (ВМРП) продовжує залишатися предметом широкої дискусії. Використання високотехнологічної апаратури останнього покоління, оснащеної інкапсульованими радіоактивними джерелами ¹⁹²Ir і ⁶⁰Co високої потужності (high dose rate (HDR) — вище 12 Гр/год) є основою сучасної брахітерапії (БТ) і дозволяє концентрувати за короткий часовий проміжок високі дози енергії іонізуючого випромінювання в обмеженому обсязі тканин. Технології високоенергетичної БТ, за умови достатнього технічного забезпечення лікувального закладу передбачають індивідуальне планування і проведення контактної променевої терапії (КПТ) з мінімальними ризиками виникнення важких променевих ушкоджень.

Мета. Метою нашого дослідження є підвищення якості внутрішньопорожнинної променевої терапії ВМРП за рахунок визначення оптимальних режимів при проведенні КПТ у процесі ХПТ із використанням високоенергетичних апаратів GyneSource з джерелом ⁶⁰Co HDR і GammaMed с джерелом ¹⁹²Ir HDR.

Матеріал і методи. У Національному інституті раку у відділенні радіаційної онкології проведено комплексне консервативне лікування 83 хворим ВМРВ II-III стадій, T2-3N0-1M0 у віці від 28 до 72 років. Залежно від методу HDR БТ на тлі хіміосенсибілізуючих засобів (оральні фторпіримідини, препарати

платини) були сформовані 3 групи: 2 досліджувані (23 хворі, яким проводилася HDR БТ з використанням джерела ¹⁹²Ir і 28 пацієток з джерелом ⁶⁰Co HDR) і 32 пацієтки контрольної групи, яким БТ була проведена джерелами ⁶⁰Co середньої потужності medium dose rate БТ (MDR — від 2 Гр/год до 12 Гр/год). Візуалізацію первинного пухлинного вогнища здійснювали за допомогою ультразвукового дослідження (УЗД), магнітно-резонансної томографії (МРТ) та комп'ютерної томографії (КТ). Сумарна вогнищева доза від поєднаної променевої терапії (ППТ) становила до 80-90 Гр на пухлинне вогнище і 40-45 Гр на зони регіонарного метастазування. БТ проводили в режимі: 5 Гр 2 рази на тиждень.

Результати та обговорення. Аналіз безпосередніх результатів ефективності використання джерел ⁶⁰Co або ¹⁹²Ir при HDR БТ і даних динамічного спостереження протягом 6 місяців показав, що позитивну відповідь пухлини (повна + часткова регресія) у хворих ВМРП після курсу ХПТ збільшився на 11,1% порівняно з застосуванням ⁶⁰Co при MDR БТ. Токсичні ефекти лікування за кількістю і ступенем їх проявів у досліджуваних групах хворих не відрізнялися від контрольної і не перевищували II ступеня.

Висновки. Використання ¹⁹²Ir HDR і ⁶⁰Co HDR при ППТ хворих на ВМРП дає можливість посилити терапевтичний ефект ПТ, істотно поліпшити безпосередні результати лікування хворих на вторинний (метастатичний) рак піхви без збільшення проявів токсичності (загальної та місцевої), кількості і ступеня можливих ранніх і пізніх місцевих променевих ускладнень з боку критичних органів, що обумовлено високою точністю передпроменевої підготовки і коректністю планування. Клінічний ефект ХПТ має відстрочений характер. Застосування радіомодифікаторів у процесі ППТ хворих на ВМРП не призводить до токсичних ускладнень, які негативно впливають на якість життя хворих.

РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ АНАСТОМОЗА И НЕКРОЗА ТРАНСПЛАНТАТА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ КАРЦИНОМ ПИЩЕВОДА И ПИЩЕВОДНО- ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА

Ильин И.А.

РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, г. Минск,
Республика Беларусь

Введение. Клиническая картина внутриплевральных хирургических осложнений (некроза трансплантата и/или несостоятельности пищевода анастомоза) характеризуется симптомами общей септической интоксикации и не имеет специфических признаков. В связи с этим основным методом их диагностики, определяющим показания для экстренного вмешательства, является рентгенологический.

Цель — определить возможности рентгенологического метода в диагностике внутриплевральных хирургических осложнений после радикальных операций по поводу карцином пищевода и пищеводно-желудочного перехода.

Материалы и методы. В исследование включено 1026 пациентов после хирургического лечения по поводу карцином пищевода и пищеводно-желудоч-

ного перехода, которым применен рентгенологический метод диагностики осложнений. В том числе по поводу рака пищевода оперировано 429 (42%) и по поводу рака пищеводно-желудочного перехода — 597 (58%). У всех пациентов были сформированы внутриплевральные пищеводно-органные анастомозы. У 84 пациентов с несостоятельностью анастомоза и/или некрозом трансплантата было выполнено 118 рентгенологических исследований. Алгоритм диагностики осложнений включал выполнение следующих этапов: выявление изменений в легких, плевральной полости, средостении до введения контрастного вещества, полипозиционность исследования, динамическое наблюдение в неясных случаях, совместное исследование пациента (хирург и рентгенолог). Исследование начинали с полипозиционной рентгеноскопии и рентгенографии органов грудной и брюшной полостей для выявления косвенных признаков осложнений, уточнения деталей изображения, документации и оценки динамики клинической ситуации. При ухудшении состояния пациента и подозрительной рентгенологической картине рентгенологическое исследование проводили с контрастированием водорастворимыми рентгеноконтрастными веществами. При тяжелом состоянии пациента и невозможности динамического наблюдения в экстренном порядке таким пациентам выполняли компьютерную томографию органов грудной клетки, по которой определяли местонахождение контрастного вещества — вне или внутри пищеварительного канала.

Результаты и обсуждение. Хирургические осложнения развились у 84 (8,2%) пациентов от общего числа оперативных вмешательств. Из них несостоятельность пищеводно-органного анастомоза диагностирована у 43 (51%) пациентов, некроз трансплантата — у 41 (49%). Экстраорганный выход контрастного вещества за пределы анастомоза зафиксирован в 56 (67%) случаях. Клинически диагноз поставлен в 18 (21%) наблюдениях, при этом рентгенологический метод носил уточняющий характер. Эндоскопический метод применен у 7 (8%) пациентов, что позволило выявить признаки некроза и/или несостоятельности. У 3 (4%) для диагностики потребовалась реторакотомия и ревизия зоны осложнения. Таким образом рентгенологический метод для диагностики осложнений использовался намного чаще по сравнению с другими методами — 74 (88%) против 10 (12%) ($p < 0,001$). Для диагностики использовались прямые, достоверные и косвенные рентгенологические симптомы. К прямым признакам относили наличие экстраорганного затека контрастного вещества. Плевральный затек диагностирован в 40% наблюдений, медиастиальный — 25%. Медиастиальный затек проявлялся в виде бесформенного кармана у 21% пациентов и в виде остроконечного выступа — у 4%. Достоверными признаками нарушения герметичности пищеводно-органного анастомоза или целостности стенки висцерального трансплантата явились: наличие осумкованной жидкости с уровнем в зоне операции — 37%, нарастающий пневмоторакс — 31%, пневмомедиастиnum — 20%, появление подкожной и межмышечной эмфиземы — 4%. При микронесостоятельности анастомоза или некрозе стенки трансплантата экстраорганный затек контрастного вещества выявляли не

сразу. В данной ситуации выявляли наличие косвенных признаков осложнений. К ним относили инфильтрацию легочной паренхимы, прилежащей к зоне осложнения, — 85%, гидроторакс со стороны операции — 83%, расширение тени средостения, выявленное в 40% случаев, накопление жидкости в противоположной плевральной полости — 25%, мягкотканую тень в зоне анастомоза — 5%. Указанные симптомы могут наблюдаться и без наличия осложнений со стороны анастомоза, однако они настораживают и указывают на необходимость динамического наблюдения за пациентом. Таким образом, общая частота выявления внутриплевральных осложнений рентгенологическим методом составила 88%.

Выводы. Рентгенологический метод является наиболее эффективным в ранней диагностике внутриплевральных хирургических осложнений (несостоятельность анастомоза и/или некроз трансплантата) после хирургического лечения по поводу карцином пищевода и пищеводно-желудочного перехода. Полипозиционное рентгеноконтрастное исследование верхних отделов пищеварительного тракта играет главную роль для ранней диагностики микронесостоятельности пищеводно-органного анастомоза и выявления перфорации некротизированной стенки висцерального эзофаготрансплантата. Своевременная диагностика позволяет определить тактику лечения данной категории пациентов и выставить показания для экстренного оперативного вмешательства.

РОЛЬ ПЕТ/КТ У ДІАГНОСТИЦІ ТА СТАДІЮВАННІ ЛІМФОМИ ХОДЖКІНА

Кметюк Я.В., Крячок І.А.,

Ашихмін А.В., Карпова О.О.

*Всеукраїнський центр радіохірургії, Клінічна лікарня «Феофанія», Київ, Україна
Національний інститут раку, Київ, Україна*

Вступ. Методи радіологічної візуалізації відіграють значну роль у діагностиці, стадіюванні та оцінці ефективності лікування лімфоми Ходжкіна. Позитронно-емісійна томографія/комп'ютерна томографія (ПЕТ/КТ) є відносно новим методом комбінованої візуалізації. Забезпечуючи отримання даних як про морфологічні зміни, так і про функціональні (метаболічні) характеристики пухлини, цей метод, на відміну від інших модальностей, має більшу чутливість при виявленні пухлини, дає можливість на ранніх етапах оцінювати ступінь відповіді на терапію, за його допомогою можна віддиференціювати фібрoneкротичну рубцову тканину від залишкової вітальної пухлини. Метод ПЕТ/КТ включений до європейських протоколів лікування лімфоми та рекомендований в уніфікованих клінічних протоколах в Україні.

Мета — порівняти з іншими радіологічними модальностями та оцінити можливості методу ПЕТ/КТ з ФДГ у діагностиці та стадіюванні лімфоми Ходжкіна.

Матеріали та методи. Ретроспективно проаналізовано результати досліджень ПЕТ/КТ у 74 пацієнтів з лімфомою Ходжкіна. В усіх пацієнтів проводилось попереднє КТ-дослідження. ПЕТ/КТ-стадіювання до початку терапії проводилось у Всеукраїнському центрі радіохірургії з 2011 р. по 2016 р. Верифікація відбувалась за гістологічним висновком, клінічними