

може бути забезпечено лише за умови розміщення ТРДК в амбулаторіях ПМСД, де може бути дотримано всі вимоги радіаційної та електричної безпеки.

ОЦІНКА МОЖЛИВОСТЕЙ ІНТЕГРАЦІЇ ДАНИХ ОФЕКТ З ТУМОРОТРОПНИМИ, ПЕРФУЗІЙНИМИ РФП ТА СКТ У ДІАГНОСТИЦІ ПУХЛИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Коваль С.С., Макеєв С.С., Новікова Т.Г.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад.

А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна

Вступ. Золотим стандартом у діагностиці новоутворень головного мозку є застосування МРТ та СКТ, у той час як сцинтиграфічні методи є допоміжними. Окремо кожен із вище зазначених методів є високоінформативним, але водночас, і вузькоспецифічним.

МРТ та СКТ мають високу розрізняльну здатність зображень і надають детальну анатомічну та структурну інформацію стосовно виявленої патології, але обмежені в можливостях оцінки її функціональних характеристик та метаболічної активності, які можна візуалізувати під час проведення ОФЕКТ або ПЕТ. Сцинтиграфічні дослідження із застосуванням туморотропних, перфузійних РФП дозволяють досліджувати функціональні характеристики пухлин головного мозку та незмінної мозкової тканини. Обмеженням сцинтиграфічних нейровізуалізаційних методів є низька просторова розрізняльна здатність діагностичних зображень, що ускладнює анатомічну прив'язку виявлених функціональних змін. Очевидним вирішенням проблеми стала методика ретроспективної інтеграції даних цих методів.

Мета — підвищити ефективність діагностики пухлин головного мозку шляхом застосування методики інтеграції даних ОФЕКТ із туморотропними РФП (ТРФП), перфузійними РФП (ПРФП) та СКТ-досліджень.

Матеріали та методи. Нейровізуалізаційні (ОФЕКТ з ТРФП, ОФЕКТ з ПРФП, СКТ, СКТ-перфузія), патогістологічні дослідження, програмне забезпечення для формування ретроспективної інтеграції даних нейровізуалізаційних зображень.

Серед опрацьованих даних 10 випадків ретроспективно інтегрованих ОФЕКТ з ТРФП, з ПРФП та СКТ у пацієнтів із гістологічно верифікованими пухлинами головного мозку. На прикладі найбільш показових випадків проведено аналіз діагностичних можливостей методики інтеграції даних.

Результати дослідження. За даними патогістологічних досліджень серед виявлених пухлин було 3 гліобластоми (IV ступінь анаплазії), 3 анапластичні гліоми (III), 4 гліоми типової структури (II). У всіх випадках дослідження пухлин за даними ОФЕКТ з ПРФП визначались ділянки гіпоперфузії в проекції новоутворень та ділянок перифокального набряку, визначеного за даними СКТ. За результатами ОФЕКТ з ТРФП нагромадження мітки відмічалось в проекції гліом III-IV ступеню анаплазії та було відсутнє в проекції пухлин типової структури. Під час порівняння результатів ОФЕКТ із рутинними СКТ та СКТ-перфузією було уточнено отримані дані. На окремих клінічних прикладах докладно розглянуті спостереження із невідповідністю даних КТ та ОФЕКТ після їх інтеграції, доведені випадки уточнення наявності

продовженого росту, морфологічної неоднорідності пухлин та їх малігнізації.

Висновки. Мультидисциплінарний підхід до діагностики пухлинних новоутворень головного мозку із залученням новітніх інструментальних методів, зокрема методики ретроспективної інтеграції даних дистанційно проведених ОФЕКТ/СКТ досліджень, дозволяє отримувати максимально уточнені діагностичні дані, що можна використовувати їх з метою планування хірургічного лікування, стереотаксичної біопсії, променевої та хіміотерапії.

УЛЬТРАЗВУКОВА АБЛЯЦІЯ (HIFU) – НЕІНВАЗИВНА АЛЬТЕРНАТИВА В ЛІКУВАННІ МІОМ ТІЛА МАТКИ

Козаренко Т.М.¹, Карачарова І.Ю.²,

Гурандо А.В.¹, Говоруха Т.М.², Ключов О.М.²

¹ДУ «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України», м. Київ, Україна

²Київський міський клінічний онкологічний центр, Центр ядерної медицини, м. Київ, Україна

Вступ. В структурі гінекологічних захворювань міома матки (ММ) посідає друге місце після запальних процесів органів малого таза. Частота ММ становить 20-77% жінок. Найчастіше таку пухлину виявляють у віці від 35 до 55 років (90% загального числа цієї патології). Необхідно підкреслити, що проведені в останні роки дослідження вказують на тенденцію до «омолодження» даної патології. Первинне безпліддя відмічають майже у кожній 4-5-ї хворой з цим діагнозом. Лікування пацієток із міомою матки залишається актуальною проблемою в сучасній гінекології у зв'язку з негативним впливом пухлини на функціонування репродуктивної системи і загальний стан здоров'я жінки. Безумовно, необхідно суто індивідуально підходити до вибору методу лікування кожної пацієнтки та якомога рідше вдаватися до радикальних хірургічних втручань. У наш час можна виділити три основні підходи до лікування міоми матки: хірургічні, малоінвазивні та медикаментозні. Поряд з вищеведеними методами перспективним шляхом вирішення цієї проблеми в останні роки є застосування дистанційної ультразвукової абляції — High Intensive Focused Ultrasound (HIFU).

Мета — проаналізувати перші результати, оцінити ефективність та безпеку ультразвукової абляції (HIFU-технології) у лікуванні міоми матки.

Матеріали та методи. З 2014 р. по 2016 р. у Київському міському клінічному онкологічному центрі, Центрі ядерної медицини виконано 60 дистанційних ультразвукових абляцій жінкам з діагнозом симптомна міома тіла матки, вік яких коливався від 28 років до 49 років. Найбільша кількість пацієток 82,8% репродуктивного віку (від 28 до 42 років). 28(68,3%) пацієток відмічали клінічні прояви; у 11(26,8%) жінок безпліддя було пов'язане з наявністю міом тіла матки. Процедуру проводили на апараті JC (виробник — Chongqing Haifu (HIFU) Technology Co., Ltd., Китай). Критеріями відбору до проведення процедури були: встановлений діагноз симптомної міоми тіла матки, який включав дисменорею, больовий синдром, поліурію, вторинну анемію, безпліддя, а також бажання жінки зберегти матку. Всім пацієткам на доопераційному етапі виконували УЗД та МРТ. Процедуру проводили під внутрішньовенною

седацією. Основними протипоказаннями до виконання УЗ-абляції були: розміри вузла менше 2 см у товщі передньої стінки і менше 3,5 см у товщі задньої стінки, а також вузли розмірами більше 10 см; субсерозні вузли на тонкій ніжці, вузли шийки матки, грубі фіброзно-рубцеві зміни шкіри в нижній частині живота, виражений спайковий процес, наявність кальцинатів у міоматозному вузлі, підозра на наявність злоякісного процесу матки і додатків. Методи контролю в післяопераційному періоді — УЗД, МРТ з контрастуванням через 1, 3, 6, 12 місяців.

Результати. В усіх випадках в процесі абляції міоматозних вузлів були отримані стійкі сірошкальні зміни. Потужність під час лікування складала 355 ± 2 Вт, загальна енергія 273498 ± 47650 Дж, середній час інсонації 757 ± 129 с. При МРТ-контролі через 1 міс. об'єм абляції в середньому становив 62% і є достатнім для регресії міоми матки. Під час виконання ехографії фіксували відсутність васкуляризації міоматозних вузлів при доплерометрії. При динамічному спостереженні регресія об'єму міоматозних вузлів у середньому становила: через 1 міс. — $25\% \pm 14,6$, 3 міс. — $33\% \pm 12,9$, 6 міс. — $61\% \pm 17,8$. Зменшення об'єму матки — від 40 до 74%. Усі пацієнтки відмічали зменшення клінічних симптомів вже в перший місяць після проведення процедури. Пацієнтки перших трьох груп залишаються на динамічному спостереженні. Деякі жінки фертильного віку з вищенаведених груп планують вагітність під наглядом гінекологів-репродуктологів. Протягом часу спостереження за пацієнтками після проведення ультразвукової абляції продовженого росту міом відмічено не було. Всі пацієнтки перенесли процедуру задовільно. При виконанні процедури у 5 (12,2%) пацієнток відмічена поява опіку шкіри I ступеня, у 14 (34,1%) жінок був короткотривалий підйом температури тіла до $37,6^\circ\text{C}$ в день проведення процедури, яка стабілізувалась самостійно протягом 3 діб, у 1 (2,4%) жінки — цистит.

Висновки. Представлена інформація свідчить про ефективність, безпеку і добру переносимість ультразвукової абляції. Метод є селективним, не пошкоджує оточуючі тканини і тим самим є безпечним для ендометрію, що важливо для збереження фертильності. Зона фіброзу, що утворюється після лікування та процесу регресії міоматозного вузла є безпечною для подальшого виношування вагітності. Для клінічної оцінки методу, впливу на якість життя, найближчі та віддалені результати необхідно подальше накопичення та аналіз клінічного матеріалу.

ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ ПРИ МІАСТЕНІЇ

Коломийченко Ю.А.^{1,2}, Вороньжев І.О.¹,

Чурилін Р.Ю.¹, Єгоркіна О.В.²

¹Харківська медична академія

післядипломної освіти, м. Харків, Україна

²Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, м. Харків, Україна

Вступ. Міастенія — захворювання, що характеризується порушенням нервово-м'язової передачі, проявляється слабкістю та патологічною стомлюваністю скелетних м'язів. На сьогоднішній день міастенії приділяють чималу увагу лікарі багатьох спеціальностей, про що свідчать численні наукові роботи, які

з'являються за спеціальностями: неврологія, хірургія, акушерство та гінекологія, а також анестезіологія. Труднощі під час встановлення діагнозу, а також проведення диференціальної діагностики відзначають як клініцисти, так і у лікарі-діагности.

Мета — проаналізувати і виявити зміни органів грудної клітки та середостіння пацієнтів, визначити частоту різних діагностичних ознак та її вплив на вибір методу лікування.

Матеріали та методи. Обстежений 41 пацієнт. Вік пацієнтів від 11 до 78 років, середній вік — 42 роки. Усім пацієнтам виконана мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ) органів грудної клітки, 3 пацієнтам додатково проведена магнітно-резонансна томографія (МРТ).

Результати дослідження. У 22 (53,6%) пацієнтів відзначена норма: жирова клітковина не змінена, вилочкова залоза не візуалізувалася. У 14 (34,2%) пацієнтів в верхньому поверсі середостіння візуалізувалася вилочкова залоза м'якотканинної щільності (~38-42HU), однорідної структури, у 5 (12,2%) — відмічалася виражена жирова дегенерація різного ступеня. У 7 (17,1%) пацієнтів, які віднесені до тих, що мали м'якотканинну структуру, відмічався різний ступінь дегенерації.

У 4 пацієнтів була яскраво виражена тимомегалія; 2 пацієнти мали м'якотканинні утворення, розміром до 5 см; у однієї пацієнтки відзначалася вилочкова залоза, але розміри знаходилися в межах норми, структура неоднорідна за рахунок гіподенсного вогнища розміром до 7 мм.

При проведенні контрастного дослідження патологічних вогнищ накопичення контрастної речовини не виявлено.

Магнітно-резонансна томографія проведена 3 пацієнтам як додатковий метод обстеження. Відзначалася більш чітка її диференціація від навколишньої жирової клітковини, що дозволило уточнити її розміри.

Всі пацієнти були розділені на три основні групи, враховуючи методику лікування: 1) 59,5% пацієнтів, вилочкова залоза не відзначалася і жирова клітковина в передньо-верхньому середостінні була змінена; 2) у 4 пацієнтів відзначена тимомегалія, ще у 3 пацієнтів наявність утворень — рекомендація до проведення оперативного лікування; 3) інші пацієнти мали вилочкову залозу різних розмірів, як правило, в межах вікової норми і ступенів жирової дегенерації.

При більш ретельному аналізі пацієнтів 3-ї групи встановлено, що середній вік був нижче загального і становив 31 рік. У 63,4% пацієнтів 3-ї групи простежувалася вилочкова залоза, у 36,6% не простежувалася, але жирова клітковина була тяжистою.

Зміни жирової клітковини у пацієнтів 1-ї і 2-ї груп, у тому числі за відсутності візуалізації самої вилочкової залози, вірогідно ($p < 0,001$) відрізнялися від третьої групи, також спостерігалася вірогідна ($p < 0,01$) відмінність між пацієнтами 2-ї та 3-ї груп між собою, кореляційний зв'язок між змінами клітковини і співвідношенням до групи лікування був сильно виражений (0,73).

Висновки. На підставі отриманих даних підтверджено, що збільшення вилочкової залози не є єдиною причиною міастенії. Наявність утворень вилочкової залози є прямими показаннями до проведення оперативного втручання. Структура