

тації КТ-картини при різних варіантах відповіді на лікування.

Матеріали і методи. У 2016 році обстежено 8 пацієнтів із лімфомами з оцінкою динаміки за класифікацією Lugano. У 5 пацієнтів виявлено часткову відповідь на терапію, у 2 пацієнтів картина відповідає повній відповіді, 1 пацієнт був із прогресуванням захворювання. Вимірювання цільових уражень виконувалися відповідно до рекомендацій Lugano.

Обговорення. Оцінка терапевтичного ефекту за даними КТ виконується відповідно до класифікації по Lugano. Варіанти відповіді на лікування залежать від ряду критеріїв та інтерпретуються як повна відповідь, часткова відповідь на лікування, стабільне захворювання і прогресуюче захворювання. КТ-картина відображає морфологічну оцінку, але виключає функціональну характеристику, активність процесу (для цього використовується ПЕТ\КТ). Інтерпретація результатів досить трудомістка і забирає чимало часу, що має враховуватися при плануванні черговості пацієнтів.

Висновки. КТ-оцінка є пріоритетом як в оцінці первинного обстеження пацієнтів з лімфомами, так і в оцінці контролю після лікування. Знання нюансів стадіювання лімфом по Lugano допоможе лікарю-рентгенологу правильно інтерпретувати виявлені зміни і визначити стадію лімфоми.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ, МЕТОДИКИ, ТЕХНИКА И РЕКОМЕНДАЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Кушнеров А.И.¹, Жайворонко М.Н.²,
Руденко С.И.¹

¹3-я городская клиническая поликлиника,
г. Минск, Беларусь

²Медицинское научно-практическое
объединение «МедБуд», г. Киев, Украина

Вступление. Технические достижения в области сонографии и накопление значительного практического опыта в ультразвуковом исследовании (УЗИ) желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в течение последних 30 лет значительно расширило показания к применению метода в клинике. В этой связи необходимо обратить внимание на знания специалистов физических основ ультразвука, включая феномены артефактов, выбора частоты и оптимизации изображения, а также овладение такими современными методами и методиками исследования, как доплерография, контрастное УЗИ, эластография.

Цель — стандартизация подходов относительно технического оснащения, выбора методик исследования, интерпретации полученных данных.

Материалы и методы. УЗИ большого сальника, мезентериальных сосудов и лимфатических узлов полноценно включается в объем исследования. Интерпретация и документация полученных результатов проводится в сочетании с данными УЗИ внекишечных изменений, клиническими данными. Для УЗИ ЖКТ необходимы датчики как высоко-, так и низкочастотные. При оценке утолщенной кишечной стенки используют датчики с частотой свыше 5 МГц. Цветовое доплеровское картирова-

ние необходимо применять при оценке васкуляризации патологически измененной кишечной стенки. Эхо-контрастное усиление (болюсное введение препарата) может быть использовано в дифференцировании аваскулярного кишечника от прилежащих патологических процессов, включая абсцессы и флегмоны. Эластография — относительно новая технология, которая отражает эластичность («жесткость») тканей и уже используется в клинической практике. Эластография может быть полезной в оценке патологического утолщенного кишечника, особенно при трансректальном и трансвагинальном УЗИ прямой кишки, в дифференциальной диагностике между фиброзным и воспалительным стенозом при болезни Крона.

Результаты и их обсуждение. Рутинное УЗИ кишечника не требует специальной подготовки. Перед измерением висцерального кровотока рекомендуется ограничение приема пищи >6 часов. RI в верхней брыжеечной артерии находится в норме между 0,80 и 0,89; Vmax — между 80 и 220 см/с. Утром, натощак лучше оценивается желудочно-кишечная моторика. Нормальное время транспортировки содержимого для тонкой кишки колеблется от 2 до 6 часов, для ободочной кишки — 20-72 часа. УЗИ ЖКТ проводят после исследования паренхиматозных органов. Желательно, чтобы был заполнен мочевого пузыря, который вытесняет из полости таза петли тонкой кишки и позволяет оценить ректосигмоидное соединение толстой кишки. Обычно УЗИ ЖКТ начинают с илеоцекального отдела, идентифицируя подвздошную и слепую кишку. Осуществляют «дозированную» компрессию всех отделов кишечника, следуя дыхательным движениям. Эта методика используется для обнаружения утолщения кишечной стенки, выявления полипов, дивертикулита, аппендицита и др. Внутривисцеральное исследование содержимого может мешать УЗ-оценке поражения стенки и выявлению образований в полости органа. Заполнение полости анэхогенным диагностическим раствором облегчает УЗИ ЖКТ. Растяжение стенок и расширение просвета ободочной кишки с ретроградным введением анэхогенного раствора (гидроколонография) и пероральный прием гиперосмотических растворов позволяет осуществить визуализацию толстой кишки от ректосигмоидного соединения до слепой кишки, обеспечивая подробную оценку состояния стенок ободочной кишки, ее просвета и окружающих структур. В отличие от УЗИ желудка и толстой кишки тонкую кишку нельзя адекватно заполнить диагностическим раствором. Исследование тонкой кишки после приема небольшого (250-500 мл) количества изосмолярного раствора полиэтиленгликоля (PEG) 3350-4000 (макроголь), аналогичное КТ- или МРТ-энтерографии, называют контрастной УЗ-энтерографией или УЗИ тонкой кишки. Эта техника позволяет визуализировать всю тонкую кишку от дуоденального угла до илеоцекального клапана. Толщина стенок тонкой кишки ≤3 мм, а диаметр просвета ≤25 мм. Толщина стенки кишечника измеряется перпендикулярно к стене от границы между серозной оболочкой и собственно мышечным слоем к внутренней поверхности между слизистой оболочкой и полостью органа.

Максимальная толщина стенок червеобразного отростка в норме составляет $\leq 2,5$ мм. В клинической практике обычно измеряется его максимальный диаметр, который составляет меньше 6 мм. Брыжейка тонкой кишки визуализируется в виде чередующихся параллельных гипер- и гипоехогенных структур толщиной 7–12 мм. Толщина брыжейки ободочной кишки превышает 1 см. При ожирении и метаболическом синдроме толщина ее увеличивается. При острых и хронических воспалительных заболеваниях (острый аппендицит, дивертикулит, болезнь Крона), при опухолевых заболеваниях кишечника экзогенность брыжеечного жира значительно увеличивается и он носит «ползущий», окутывающий и фиксирующий характер.

Выводы. Знание нормальной анатомии и эмбриологии кишечника, физических основ ультразвука, включая феномены артефактов, а также доплерографии и эластографии лежит в основе УЗИ ЖКТ.

КРИТЕРІЇ RECIST В ОЦІНЦІ – ВІДПОВІДІ НА ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАЗІВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ В ПЕЧІНКУ

*Лаврик Г.В., Головка Т.С., Лукашенко А.В.,
Шевчук Л.А., Бакай О.О.,
Халілеєв О.О., Руда Л.В., Несторак М.В.
Національний інститут раку, м. Київ, Україна*

Актуальність. Адекватна оцінка змін у метастатичному осередку протягом періоду лікування має вирішальне значення у прийнятті рішення про його продовження чи перегляд тактики. Поява нових хіміотерапевтичних препаратів, молекулярних агентів спрямованої дії на рецептори фактору росту ендотелію (VEGF) сформованої пухлинної судинної стінки, застосування їх у пацієнтів із МТС у печінці диктує необхідність перегляду оцінки ефективності лікування. Можливості нової діагностичної апаратури визначають потребу у впровадженні нових критеріїв (RECIST) реагування пухлини протягом періоду лікування (для обліку та оцінки результатів).

Матеріал та методи. Проведено та проаналізовано результати 237 СКТ-досліджень у пацієнтів із поширеним метастатичним процесом колоректального раку (КРР) у печінці. Результати досліджень співставлено із морфологічною верифікацією біопсійного / операційного матеріалу. Проведено базові дослідження та порівняння анатомічних вимірювань МТС — вогнищ протягом періоду лікування. Основними оціночними критеріями вибрано: розміри та кількість вогнищ у печінці (два в органі та один вимір); розміри ЛВ < 1,5 см; перелік невимірних (не оціночних) уражень (інфільтрація, асцит, МТС в інші органи). Критерії відповіді на лікування: повна, часткова відповідь, прогресування, стабілізація.

Результати досліджень. Результати СКТ були інформативними у відношенні анатомічної локалізації у печінці, але мали місце випадки ХП (7,9%) та ХН (10,8%) результатів, при позапечінковому поширенні (Т – 91,6; Ч – 97,2). Показники точності анатомічних вимірювань осередків у печінці в межах похибки вимірювань становили 1–3 см, що не позначилось на результатах подальшої оцінки ефективності лікування. Підвищення щільності (97,8%)

периферичної зони пухлини в артеріальну фазу свідчило про активний неопангенез. Зміна розміру пухлини визначена у 75% контрольних досліджень після ПХТ та розцінена як позитивний індикатор відповіді на лікування. Пониження (86,7%) щільності та стоншення гіперденсної перифокальної зони корелює із позитивним ефектом лікування. Зміну її ширини визначено у 51,8% спостережень після I курсу, 71,7% – II, 85,5% – III курсу ПХТ. Пониження щільності основної маси пухлини корелює із некрозом (29,9%), рідинним вмістом (17,7%) без зміни розміру пухлини, що розцінено як позитивний ефект лікування. Протягом періоду ПХТ часткова регресія була визначена у 45,9% спостережень, 36,4% – стабілізація, 17,7% — прогресування.

Висновки. Застосування методу СКТ дозволило визначити поширеність метастатичного процесу в печінці. Зіставлення результатів базових досліджень із даними проведеного моніторингу дозволило оцінити ефективність ПХТ та визначитися із подальшою тактикою лікування.

ВИЗНАЧЕННЯ ПРОГНОЗУ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОЇ ЛІМФОБЛАСТНОЇ ЛЕЙКЕМІЇ ЗА ДИНАМІКОЮ РІВНІВ ТИМІДІНКІАЗИ І β_2 -МІКРОГЛОБУЛІНУ

*Мазур А.Г.¹, Ткаченко М.М.¹,
Миронова О.В.¹, Горяїнова Н.В.²*

¹Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

²ДУ «Інститут гематології та трансфузіології
НАМН України», м. Київ, Україна

Мета роботи — дослідити перебіг гострої лімфобластної лейкемії (ГЛЛ) шляхом визначення рівнів пухлинних маркерів (ПМ) тимідинкіази (ТК) і β_2 -мікроглобуліну (β_2 -МКГ) у сироватці крові методом радіоімунологічного аналізу (РІА) в динаміці лікування.

Матеріали та методи. Обстежено 36 хворих на ГЛЛ віком 17-69 років (21 чоловік і 15 жінок) та 16 добровольців. У всіх крім загальноприйнятих аналізів, досліджувались ТК (норма 0-5 Од/л) і β_2 -МКГ (норма 1,0-2,4 мг/л) у сироватці крові до початку та після завершення індукції ремісії. Хворі перебували на лікуванні в гематологічному відділенні №1 КМКЛ №9, що є клінічною базою відділення захворювань системи крові ДУ «Інститут гематології та трансфузіології НАМН України». Рецидив вважався раннім при виникненні протягом 6 місяців після досягнення первинної ремісії, пізнім — через півроку після її досягнення. Первинна резистентність констатувалась при не досягнутій ремісії після 2 курсів ХТ, вторинна — при виникненні рецидиву в ремісії на тлі ХТ. Із хворих на ГЛЛ по FAB-класифікації 31 пацієнт мав В-клітинну форму, 5 пацієнтів — змішано-клітинну. За результатами лікування вони поділені на групи: ІА (n=11) — з тривалістю повної ремісії >2 років; ІБ (n=10) — резистентні до ХТ, які загинули на етапі індукції ремісії; ІВ (n=15) — з рецидивом захворювання після ремісії.

Результати. Клінічна картина ГЛЛ на початку захворювання була одноманітною серед всіх пацієнтів. Після завершення ХТ 6 пацієнтів групи ІБ (16,7%) визнані резистентними, 4 (11,1%) загинули, а 26 пацієнтів груп ІА та ІВ (72,2%) ввійшли у клінічно-гематологічну ремісію. Її тривалість у групі ІА становила