

~154 тижні, у групі ІВ — ~52 тижні. Ранній рецидив констатовано у 5 хворих (33,3%), пізній — у 10 (66,7%). Ініціальний рівень ТК був підвищений у пацієнтів всіх груп. Пацієнти з досягнутою ремісією мали нижчі ініціальні значення ТК (<20 Од/л), ніж резистентні хворі. Після завершення індукції ремісії відмінності середніх значень ТК стали помітними у усіх групах. На відміну від пацієнтів груп ІА (з суттєвим зменшенням ТК) і ІБ (незмінна ТК) у хворих групи ІВ спостерігалось зниження рівня ТК після завершення І фази індукції ремісії без подальших її змін. Стійка тенденція її зменшення протягом лікування до граничних значень (5,0-9,0 Од/л), дає підстави віднести таких пацієнтів до групи зі сприятливим прогнозом перебігу захворювання. До групи середнього ризику належать особи з ініціальними значеннями $Tk \leq 20,0$ Од/л, а в ремісії $\geq 10,0$ Од/л, що може прогнозувати рецидив захворювання. Хворим рекомендувалася інтенсивніша ХТ, ніж для пацієнтів зі сприятливим прогнозом. Первинна концентрація $Tk \geq 20,0$ Од/л є ознакою несприятливого прогнозу і свідчить про високу вірогідність розвитку первинної резистентності до ХТ. Відсутність нормалізації ТК після ХТ свідчить про неповну ерадикацію лейкоемічного клону і підтверджує необхідність продовження лікування, незважаючи на повну нормалізацію гематологічних показників.

Ініціальний рівень β_2 -МКГ був значно підвищений тільки в групі ІБ. При повній ремісії його рівень знижувався, але не досягав норми. У резистентних хворих спостерігалось зменшення цього ПМ не більше 5%. Середні значення ТК та β_2 -МКГ знижувались в процесі індукції ремісії в групі ІА, не змінюючись в групі ІВ. У групі ІБ, навпаки, їх рівні спочатку знижувались після завершення І-ї фази індукції ремісії, а потім знову зростали до істотних даних по завершенні ХТ. Збільшення показників ТК і β_2 -МКГ в періоді індукції ремісії до значень $\geq 20,0$ Од/л та $\geq 11,0$ мг/л відповідно є ознакою несприятливого прогнозу.

Рівень ТК у пацієнтів групи ІА після завершення консолідації ремісії знаходився в межах норми, а в групі ІВ був граничним, хоча статистично не відрізнявся від середніх значень групи ІА. В період рецидиву спостерігалось значне ($\geq 20,0$ Од/л) підвищення рівня ТК, що свідчило про перехід захворювання до стадії неконтрольованого перебігу.

У більшості хворих групи ІА з ремісією встановлено статистично достовірне зниження до норми β_2 -МКГ, але у деяких пацієнтів його рівень був вище контрольного, що вірогідно характеризує ступінь повноти ремісії. Середні значення β_2 -МКГ у групі ІВ майже у 2 рази перевищували показники групи ІА і в періоді підтримуючої терапії були теж значно вищими. У період рецидиву спостерігалось підвищення β_2 -МКГ $\geq 9,0$ мг/л, що свідчило про значне порушення функції нирок унаслідок ХТ.

Таким чином, при ГЛЛ ТК є незалежним прогностичним фактором, а β_2 -МКГ можна застосовувати як критерій контролю за повнотою ремісії і ранньої діагностики рецидивів. Чим нижче ініціальні рівні ТК і β_2 -МКГ, тим вище вірогідність отримання клініко-гематологічної ремісії. При неповній ремісії вміст ТК і β_2 -МКГ ніколи не досягає норми. Відсутність нормалізації рівнів ТК і β_2 -МКГ після лікування прогнозує прогресування захворювання в найближчі терміни.

МСКТ У ДІАГНОСТИЦІ ТА ДИНАМІЧНОМУ СУПРОВОДІ КРАНІОСТЕНОЗІВ

Маховський С.В., Робак О.П.,

Гарматіна О.Ю., Гетьман А.М.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П. Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна

Вступ. Краніостеноз – передчасне закриття одного чи декількох черепних швів, що призводить до візуальної деформації черепа. Об'єктивним рентгенологічним симптомом синостозу черепного шва є відсутність його візуалізації на рентгенограмах та МСКТ.

Мета роботи – визначення рентгеносеміотики деформацій мозкового черепа при краніостенозах та післяопераційного супроводження пацієнтів з вказаною патологією.

Матеріали та методи. В динаміці було досліджено 93 хворих у віці 3-11 місяців. Кожному хворому виконувалось МСКТ з 3D-реконструкцією як у до, так і в післяопераційному періоді.

Результати та їх обговорення. У наших дослідженнях найбільш часто спостерігалась скафоцефалія (черепа мав доліхоцефалічну форму внаслідок раннього синостозу сагітального шва). При двосторонньому коронарному синостозі спостерігалась брахіцефалія (укорочення сагітального розміру, широкий череп). При тригоноцефалії череп мав килеподібну форму в медіальних відділах лобної луски. При односторонній коронарній аномалії спостерігалось сплюснення лобної кістки на боці ураження, деформація орбіти та носової перетинки. Односторонній ламбдоподібний синостоз був діагностований в одному випадку. Вибір хірургічного втручання залежав від визначення форми краніостенозу. Найбільш часто використовувались краніотомічні операції з утворенням кісткових дефектів та ремоделюючі операції в складних випадках.

Висновки. МСКТ із використанням «кісткового вікна», багатоплощинного сприйняття з 3D-реконструкцією дає можливість просторового об'єктивного бачення вад кісток розвитку мозкового черепа та динамічного спостереження в післяопераційному періоді.

МОЖЛИВОСТІ ДИНАМІЧНОЇ СЦИНТИГРАФІЇ У ВИЯВЛЕННІ РЕФЛЮКСНОЇ ХВОРОБИ

Миронова О.В., Ткаченко М.М., Мазур А.Г.

Національний медичний університет

ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Актуальність. Останнім часом значну увагу лікарів-гастроентерологів привертає рефлюксна хвороба, основним патогенетичним фактором якої є порушення моторно-евакуаторної функції шлунка і 12-палої кишки. За даними статистики у 60% хворих хвороба проявляється гастроєзофагеальним рефлюксом (ГЕР) або дуоденогастральним рефлюксом (ДГР), викликаючи тяжкі рефлюкс-езофагіти, рак дистального відділу стравоходу, рефлюкс-гастрити або виразку пілоричного відділу. В останні роки для дослідження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) все частіше застосовується езофагогастросцинтиграфія (ЕФГС), яка є «золотим стандартом» у виявленні його функціональних порушень.