

ков и их соотношение (ПЖ/ЛЖ) на уровне 4-камерного сердца.

Результаты и обсуждение. После проведения КТАПГ, включающей изучение наличия сегментарных, долевых, главных легочных артерий и легочного ствола, локализации поражения был произведен расчет объема поражения артериального русла легких (ОПАР). Определение ОПАР при ТЭЛА состояло из двух частей: на первом этапе определяли артериальный, а на втором – перфузионный индекс. При подсчете артериального индекса исходили из балльной оценки локализации тромбоемболов в системе ЛА. При этом максимальная сумма артериального индекса составляет 18 баллов. Максимальное значение перфузионного индекса составляет 18, а в сумме с артериальным индексом (18) ОПАР составляет 36 баллов. На основании этих данных и классификации, предложенной Савельевым В.С. с соавторами (1990), выделили степени тяжести ОПАР при ТЭЛА: при сумме баллов до 16 устанавливается легкая степень (0–44%), 17-21 (45–58%) — средняя, 22-26 (59–72%) тяжелая и 27 и более (больше 73%) – крайне тяжелая степень. Среди 16 больных, прошедших обследование, у 6 больных (37,5%) с III степенью тяжести ТЭЛА была обнаружена дисфункция правого желудочка сердца. При этом соотношение желудочков ПЖ/ЛЖ (индекс желудочков) было больше 1. Данные корреляционного анализа показали сильную корреляционную связь между ОПАР и индексом желудочков: $r = 0,609$, $p < 0,001$. Кроме этого, выявлена сильная корреляция между ОПАР и признаками легочной гипертензии — диаметром ствола ЛА ($r = 0,63$, $p < 0,001$); соотношением АО/Лс ($r = 0,63$, $p < 0,001$); толщиной миокарда ПЖ ($r = 0,54$, $p < 0,005$).

Выводы.

1. Предлагаемый способ определения объема поражения артериального русла с помощью КТ ангиопульмонографии позволяет оценить – обтурационно-перфузионные нарушения, начиная от сегментарных ветвей легочной артерии, степень и тяжесть обструкции артериального русла и проследить результаты проведенного лечения у больных ТЭЛА.

2. Суммарный объем поражения артериального русла легких при ТЭЛА составил 59%, а после адекватного лечения он уменьшился в 3 раза.

3. Максимальные величины поражения артериального русла легких особенно велики у больных с тяжелыми стадиями ТЭЛА, достигая у отдельных больных 72%, однако после лечения этот показатель снижается до 25%.

4. Дисфункция правого желудочка сердца при ТЭЛА как предиктор может развиваться при величине объема поражения артериального русла от 69 до 72%.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мякиньюк В.Б.

Коммунальное учреждение Херсонского областного совета «Херсонский областной онкологический диспансер», г. Херсон, Украина

Рак грудной железы (РГЖ) – одно из самых распространенных онкологических заболеваний у женщин. По мере старения населения все больше и

больше женщин будет поражено этой болезнью. В структуре онкологической заболеваемости и смертности женского населения Украины РГЖ составляет более 20%. Многочисленными исследованиями показано, что чем раньше выявляется РГЖ, тем больше продолжительность и выше качество жизни заболевших женщин. Своевременной диагностикой РГЖ считается выявление образования размерами до 10 мм в диаметре; без наличия метастазов.

К методам диагностики РГЖ относятся: самообследование, клинический осмотр, лабораторная диагностика, лучевая диагностика.

В медицинскую практику внедрены современные методы лучевой диагностики РГЖ: маммография (аналоговая и цифровая), ультразвуковые исследования (УЗИ), цветная и энергетическая доплерография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, стереотаксическая биопсия под контролем маммографии, термография, электроимпедансная томография, томосинтез. Основными методами лучевой диагностики в Украине являются маммография (МГ) и УЗИ.

Методы рентгенологического исследования являются основной, неотъемлемой частью современного диагностического комплекса; при этом МГ – наиболее высокоинформативный и эффективный метод диагностики РГЖ. При правильной организации и проведении скрининговых маммографических исследований смертность при РГЖ снижается на 35-40%.

К недостаткам метода маммографии можно отнести следующие моменты: дозовая нагрузка, хотя она и ничтожна мала; необходимость наличия помещений для фотолaborатории и специального оборудования для нее; маммография требует сравнительно дорогостоящих расходных материалов; информативность метода снижается при плотном фоне молочной железы, что не исключает случаев рентгенонегативного рака. Большинство их этих недостатков можно устранить при переходе на цифровую маммографию.

Основными причинами ошибок в диагностике РГЖ при маммографии являются: низкое качество маммограмм, неправильные укладки. В связи с этим огромное значение в работе кабинета маммографии имеет наличие высококвалифицированного рентгенолаборанта.

Общие критерии оценки качества изображения грудной железы: правильное расположение устройства автоматического контроля экспозиции; адекватная компрессия; отсутствие на экране кожных складок, заслоняющих частей тела, таких как плечи, отсутствие движения, а также посторонних объектов, например пыли; правильная идентификация; правильный выбор параметров экспозиции; правильная техника проявления снимков; симметричность изображений.

Показаниями к УЗИ грудных желез являются: дифференциальная диагностика кист и солидных образований, выявленных при пальпации и МГ; обследование рентгенологически плотных грудных желез; обследование грудных желез у беременных и кормящих матерей; обследование грудных желез женщин до 30 лет; детей и подростков обоего пола; грудной железы у мужчин; обследование грудных

желез в острый период травмы и воспаления; оценка состояния силиконовых протезов; УЗИ-контроль при пункции пальпируемых и непальпируемых образований в грудных железах и в окружающих тканях.

К недостаткам метода УЗИ можно отнести: субъективность получения изображения; снижение информативности при жировой трансформации; невозможность использования при скрининге (отсутствии стандартизации исследования).

Для решения вопросов тактики и методов лечения заболеваний грудных желез важнейшим фактором является цитоморфологическая верификация диагноза на предоперационном этапе, которую можно проводить как под контролем МГ, так и под контролем УЗИ.

Выводы. МГ является наиболее точным методом в диагностике доклинических форм РГЖ, в том числе при поиске микрокальцинатов. Применение УЗИ способствует улучшению дифференциальной диагностики среди доброкачественных образований грудной железы, обследованию регионарных зон лимфооттока, приводит к снижению количества диагностических пункций. УЗИ целесообразно проводить у женщин молодого возраста, а у женщин среднего и старшего возраста после МГ, с акцентом на интересующий участок, что способствует снижению времени обследования и исключает ошибки при интерпретации отдельных деталей на маммограммах.

Повышению эффективности лучевой диагностики РГЖ способствуют: проведение исследований на современном оборудовании; проведение контроля качества оборудования; методологически правильное проведение исследований; подготовка квалифицированных специалистов в области лучевой диагностики — рентгенолаборантов, врачей — лучевых диагностов владеющих широким спектром методов лучевой диагностики, включая МГ, УЗИ, инвазивные манипуляции как под контролем МГ, так и УЗИ; комплексное применение лучевых методов исследования; наличие маммографического архива.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ХІМІОПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПОШИРЕНІ ФОРМИ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОТОЧНОЇ ЦИТОФЛУОРОМЕТРІЇ

*Нестеренко Т.М., Іванкова В.С.,
Барановська Л.М., Хруленко Т.В., Магдич І.П.,
Національний інститут раку,
м. Київ, Україна*

Вступ. Базовим засобом лікування поширених карцином шийки матки є променева терапія (ПТ), а саме поєднана променева терапія (ППТ), з застосуванням радіомодифікуючих заходів та системної хіміотерапії (ХТ) — хіміопроменева терапія (ХПТ). Ефективність ПТ місцево поширеного (МП) раку шийки матки (РШМ) за критерієм 5-річної виживаності коливається у межах 39-80%. Однією з найважливіших невирішених проблем сучасної клінічної онкології є визначення факторів, що містять інформацію про здатність пухлини реагувати на терапевтичні впливи і можуть бути використані для вибору оптимальної індивідуальної тактики консервативної терапії. Перспективним у цьому сенсі є визначення агре-

сивного потенціалу та кінетичних параметрів пухлинного процесу за допомогою методу лазерної ДНК-проточної цитофлуориметрії (ПЦФ). Показники ДНК-статусу пухлини, її проліферативної активності в співставленні з клініко-морфологічними параметрами злоякісного процесу можуть бути використані для визначення оптимальної тактики цитостатичної терапії та її корекції в процесі лікування. Дослідження динаміки вмісту і плоідності ДНК, а також апоптинного індексу на етапах консервативного лікування та після його завершення у хворих на МП РШМ можна застосовувати як додатковий критерій терапевтичного ефекту.

Мета дослідження – визначення чутливості пухлини до цитостатичних впливів під час проведення ХПТ хворих на МП РШМ з використанням методу лазерної ДНК-проточної цитофлуориметрії.

Матеріали та методи. Хворим на МП РШМ проводилась ППТ, суть якої полягала у чергуванні дистанційного опромінення первинного пухлинного вогнища і зон його регіонарного поширення з контактною ПТ, мішенню якої було безпосередньо пухлинне вогнище (канцероматозно змінена шийка матки, частково тіло матки та зона парацервікального трикутника).

Залежно від методу терапії пацієнтки були розподілені на 4 групи: 3 основні (178 хворих) що отримували ХПТ з використанням ППТ та хіміорадіомодифікаторів (фторафур, цисплатин, гідроксисечовина) та 1 контрольну (82 пацієнтки), яким проводили ППТ без застосування радіомодифікаторів. Середній вік пацієнток становив (54,9±6,7) років. З метою визначення поширеності пухлинного процесу перед початком лікування пацієнткам проводили комплексне обстеження, яке включало ультрасонографічне обстеження, комп'ютерну томографію (КТ) та/чи магнітно-резонансне (МРТ) обстеження малого тазу і завершувалось визначенням індексу ДНК та її плоідності, вмісту анеуплоїдних клітин методом лазерної ДНК-ПЦФ за матеріалом біопсій шийки матки (до лікування, після першого етапу ХПТ та після лікування). Проведено лікування й аналіз отриманих клінічних та інструментальних моніторингових даних. Ефективність ХПТ оцінювали за ступенем регресії пухлини, динамікою показників ДНК-статусу клітин шийки матки і вираженості токсичних проявів. Досліджували можливість моніторингу ефективності лікування на субклітинному рівні.

Оцінка ефективності лікування проводилась за ступенем і темпами регресії первинного пухлинного вогнища, згідно з критеріями RECIST. Токсичність лікування оцінювали за класифікацією RTOG/ EORTC, 1995. Моніторинг регресії пухлини здійснювали за критеріями, рекомендованими ВООЗ, тобто співставленням клінічних даних з інформацією, отриманою за допомогою сучасних засобів візуалізації (комплексне УЗД, МРТ, КТ), та морфологічними показниками. Позитивну динаміку пухлинного процесу у відповідь на цитотоксичну терапію оцінювали за зменшенням розмірів шийки матки, відновленням чіткості та рівності її контурів, включаючи цервікальний канал, нормалізацією ехоструктури.

Результати та обговорення. Ефективність ХПТ оцінювали за ступенем регресії пухлини та динамікою молекулярно-генетичних показників, які оцінювали у процесі цитотоксичної терапії та безпосеред-