

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-

ньо по її завершенню. У разі необхідності проводили відповідну корекцію лікувальних заходів. Регресію пухлин визначали співставленням динаміки клінічних показників з інформацією, отриманою за допомогою засобів візуалізації. Була встановлена кореляція між динамікою молекулярно-генетичних показників МП РШМ і відгуком пухлини шийки матки на консервативне лікування. Цитологічний контроль здійснювали при динамічному спостереженні за хворими після завершення консервативної терапії.

Одержані результати в процесі дослідження свідчили про збільшення ступеня і прискорення темпів регресії пухлинних утворень у хворих на МП РШМ основних груп, яким ПТ проводили на тлі хіміорадіомодифікуючих препаратів. Позитивна відповідь пухлин у хворих на МП РШМ після повного курсу ХПТ збільшилась на 25,0% порівняно зі стандартним методом. Згідно з представленим аналізом віддалених результатів лікування за критерієм тривалої виживаності ефективність ХПТ при використанні цисплатину становила ( $58 \pm 7,6$ )%, при використанні фторафуру — ( $63 \pm 8,1$ )%, порівняно з групою контролю — ( $46 \pm 14,3$ )%.

**Висновок.** Таким чином, ДНК-статус пухлинних клонів та кінетики проліферативних процесів поширених карцином шийки матки можна розглядати як показник чутливості пухлин до цитотоксичних впливів та допоміжний критерій ефективності лікування.

#### КЛТ-ДІАГНОСТИКА ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В МЕЖАХ ЗУБНОГО РЯДУ

Нестуля К.І.<sup>1</sup>, Шармазанова О.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

<sup>2</sup>Харківська медична академія  
післядипломної освіти,  
м. Харків, Україна

**Актуальність теми.** Проблема травматизму щелепно-лицьової ділянки (ЩЛД) залишається однією з найактуальніших проблем в хірургічній стоматології. Діагностика, лікування та реабілітація були і залишаються одним з актуальних завдань у щелепно-лицьовій хірургії. Постраждали з травмами ЩЛД складають до 25% всіх пацієнтів клінік щелепно-лицьового профілю, відзначається зростання числа важких пошкоджень кісток лицьового скелета, які в 10-12% випадків поєднуються з ушкодженнями інших органів і систем, досить високим залишається рівень розвитку ускладнень — до 15-25%.

**Мета дослідження** — вивчення можливостей КЛТ в оцінці формування кісткової мозолі при переломах нижньої щелепи.

**Матеріали і методи дослідження.** За період 2013-2015 роки на базі щелепно-лицьового відділення Полтавської обласної клінічної лікарні надано медичну допомогу 34674 хворим, з них у 686 хворих (18,6% випадків) спостерігали переломи нижньої щелепи. Всім пацієнтам робили стандартне рентгенологічне дослідження. 23 пацієнтам з переломами нижньої щелепи в межах зубного ряду було додатково зроблено конусно-променеву томографію (КПТ) на апараті PAX-ZENIT 3D за стандартними методиками.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Заб місяців 2016 року нами було обстежено 23 хворих. Із них 18 чоловіків віком від 18 до 56 років та 5 жінок, віком від 21 до 37 років. Серед них 15 осіб — віком від 18 до 34, 7 — від 35 до 45 років та 1-48 років. Було діагностовано переломи нижньої щелепи різних видів та локалізації. Серед видів переломів переважали подвійні — 12, поперечні — 6, косі — 3, скалкові — 2. Слід відмітити, що у всіх пацієнтів переломи нижньої щелепи було діагностовано зі зміщенням. Хворим була проведена первинна діагностика (до 3 днів після отриманої травми), контрольне дослідження за формуванням кісткової мозолі та діагностики ускладнень переломів нижньої щелепи в різні строки. Із них — у 7 хворих (група I) контроль було проведено на 10-15-й день після отриманої травми, в 11 (група II) — на 16-21 день та 5 хворих були обстежені через 21-32 дні.

У результаті проведеного дослідження нами було встановлено, що ознак видимої консолидації в I групі не було виявлено, в групі II у 6 (54,5%) хворих було встановлено поодинокі ознаки осифікації в проекції лінії перелому, у 5 хворих — без ознак видимої консолидації, в групі III у всіх 5 хворих було виявлено ознаки кісткової стадії консолидації перелому, що свідчить про формування кісткової мозолі в ділянці перелому. Слід відзначити, що серед обстежених нами пацієнтів ознак ускладнень консолидації переломів нижньої щелепи в межах зубного ряду не було діагностовано.

**Висновок.** Таким чином, можна зробити висновок, що КПТ-дослідження при переломах нижньої щелепи в межах зубного ряду є досить інформативним методом дослідження для первинної діагностики та контролю консолидації. Проаналізувавши отримані дані, слід відзначити, що через 16 днів після травми вже можна виявити початкові ознаки кісткової консолидації перелому, а після 21 дня — явні ознаки їх зрощення.

#### ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПУХЛИН

Новерко І.В., Кундіна В.В.

Державна установа «Інститут серця МОЗ  
України», м. Київ, Україна

**Вступ.** При пухлинному ураженні нирок необхідно вирішити ряд питань для вибору оптимальної тактики оперативного втручання, а саме: визначення гістологічної будови пухлини, з'ясування об'єму ураження, локалізації пухлини в нирці, встановлення ступеня залучення інших органів і систем в патологічний процес, визначення параметрів функціональної здатності нирок. В більшості випадків суттєве значення для вирішення основних клінічних задач має КТ, яка допомагає визначити об'єм пухлинної маси, її розміри, локалізацію, об'єм хірургічного втручання, тактику ведення хворого. Однак при плануванні хірургічного лікування важливим моментом є визначення функціонального стану нирки, ураженої пухлиною. Таку діагностику можливо провести з використанням динамічної реносцинтиграфії (ДРСГ) з клубочковим радіофармацевтичним препаратом (РФП) —  $^{99m}\text{Tc}$ -ДТПА (дієтилен-