

Матеріали та методи. Обстежили 35 пацієнтів Львівського кардіологічного центру з ознаками ішемічної кардіоміопатії (фракція викиду менше 40%), яким виконували ревааскуляризацію у 2014-2015 роках. Вік пацієнтів — $58 \pm 7,5$ років, 32 чоловіки. Визначали показники глобального ремоделювання лівого шлуночка (ЛШ) (кінцево-діастолічний об'єм лівого шлуночка КДО ЛШ, кінцево-систолический об'єм лівого шлуночка КСО ЛШ, індекс сферичності лівого шлуночка ІС ЛШ), показники локального ремоделювання ЛШ (індекс конічності верхівки ЛШ, міжпапілярну відстань, висоту папілярних м'язів, відстань папілярний м'яз – фіброзне кільце ЛШ) та показники деформації мітрального клапана (МК) (площу тенту мітрального клапана, висоту коаптації стулок мітрального клапана). Оцінювали мітральну недостатність за методом проксимальної конвергенції, визначали ефективну площу регургітації (ЕПР).

Результати та обговорення. У пацієнтів із ішемічною КМП були значно більші показники глобального ремоделювання та локального ремоделювання, ніж у здорових осіб. Виявили кореляцію індексу сферичності ЛШ зі ступенем мітральної недостатності ($r=0,31$, $P=0,020$), з площею тенту стулок МК ($r=0,37$, $P=0,015$), з висотою папілярних м'язів ($r=0,38$, $P=0,012$). Не виявили кореляції індекса конічності верхівки з показниками деформації мітрального клапана. Виявлена залежність ступеня мітральної недостатності та деформації від показників глобального ремоделювання вказує на необхідність хірургічного втручання на лівому шлуночку з метою зменшення сферичності (ендовентрикулярна пластика або лінійна пластика ЛШ) для зменшення ішемічної мітральної недостатності.

Висновки. Показники глобального ремоделювання лівого шлуночка мають вплив на деформацію мітрального клапана та на формування мітральної недостатності, тоді як показники локального ремоделювання верхівки (індекс апікальної конічності) не пов'язані з ризиком формування ішемічної мітральної недостатності.

ВИКОРИСТАННЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ В КОМБІНОВАНОМУ ЛІКУВАННІ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)

Палій М.І., Іванкова В.С.,
Столярова О.Ю., Галяс О.В.

Національний інститут раку, Київ, Україна

Вступ. Рабдоміосаркома – новоутворення, яке зустрічається відносно рідко (10-12% злоскісних пухлин м'яких тканин). Вона може розвиватися поза м'язовою тканиною (в заочеревинній клітковині, середостінні, на обличчі та шиї, в носоглотці, по ходу сечостатевого тракту, в жіночих та чоловічих статевих органах), але частіше локалізується в зоні розташування м'язів (у нижніх, верхніх кінцівках, м'язах та тулубі). Рабдоміосаркома передміхурової залози зустрічається значно рідше. У світі зареєстровано декілька випадків захворювання у пацієнтів віком від 18 до 30 років. Пухлина має високий ступінь злоскісності та високий ризик виникнення рецидиву, навіть після комплексного лікування. Діагноз підтверджується морфологічно та гістологічно. Розрізняють ембріональну, альвео-

лярну, плеоморфну і змішану форми рабдоміосарком. В Україні застосовується комплексний підхід до лікування рабдоміосарком (хірургічне видалення, променева терапія та хіміотерапія).

Матеріали і методи. У даному випадку було проведено радикальний курс променевої терапії пацієнту 29 років з морфологічно підтвердженим діагнозом — альвеолярна рабдоміосаркома передміхурової залози, G3. Лікування проводилось на лінійному прискорювачі електронів Varian «Clinac 2100 CD» з енергією фотонів 6 Мв з використанням комп'ютерного томографа Brilliance CT Big Bore і подальшим комп'ютерним плануванням на Eclipse™ Treatment Planning System. У процесі планування використовувалось МРТ-дослідження. На ділянку передміхурової залози було підведено сумарну вогнищеву дозу (СВД) у 76 Гр, з разовою вогнищевою дозою (РВД) у 2Гр. На ділянку лімфовузлів тазу підведено СВД-50Гр, РВД-2Гр. Лікування проводилось у поєднанні з курсом поліхіміотерапії.

Результати та обговорення. В результаті проведеного лікування було досягнуто, повного зникнення больового синдрому, зменшення об'єму передміхурової залози, покращення сечовипускання, зниження рівня простатоспецифічного антигену (ПСА) та збережена еректильна функція. Завдяки використанню МРТ-дослідження в плануванні променевої терапії вдалося зменшити необхідний об'єм опромінення і, як наслідок, зменшити початкові променеві реакції на сечовий міхур та пряму кишку. Через рік після променевої терапії стан пацієнта задовільний. Ознак ректиту, циститу або імпотенції не спостерігається. Передміхурова залоза не збільшена, ознак рецидиву не виявлено. Спостереження за пацієнтом продовжується.

Висновок. Використання радикального курсу променевої терапії з залученням МРТ-планування дають обнадійливі результати в лікуванні альвеолярної рабдоміосаркоми передміхурової залози.

ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ З ДИСПЛАЗІЄЮ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ЗА ДОПОМОГОЮ ПРОМЕНЕВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Пальчик С.М., Вороньжев І.О., Чурилін Р.Ю.,
Лисенко Н.С., Сергеев Д.В.

Харківська медична академія післядипломної
освіти, м. Харків, Україна

Вступ. Дисплазія сполучної тканини (ДСТ) у дітей — актуальна проблема сучасної медицини. Порушення розвитку сполучної тканини може призводити до розвитку асоційованої бронхолегеневої патології, в т.ч. до обструктивних порушень у дихальних шляхах.

Мета — визначення ступеня тяжкості бронхообструктивного синдрому (БОС) у дітей із ДСТ за даними променевих методів дослідження.

Матеріали та методи. Проведений ретроспективний аналіз даних рентгенологічного дослідження органів грудної клітки (ОГК) 37 дітей із клінікою БОС віком від 5 до 18 років з ДСТ.

Результати дослідження. Представлений спосіб визначення ступеня тяжкості бронхообструктивного синдрому у дітей з ДСТ (Патент України на