

проводили за допомогою системи XelerisTM. Для сцинтиграфії використовували радіофармпрепарат (РФП) $^{99m}\text{Tc-MDP}$ виробництва «Полатом» (Польща) активністю 370-555 МБк на одного пацієнта.

Усім хворим виконували стандартну планарну ОСГ та ОФЕКТ ділянок підвищеної фіксації РФП.

При призначенні ОФЕКТ ми керувались такими положеннями:

1) Фіксація остеотропних РФП у метастатичних вогнищах на ранніх стадіях їх виникнення або при переважанні деструктивних процесів у КТк може бути низькою, що ускладнює інтерпретацію сцинтиграфічних зображень та вимагає повторного дослідження в динаміці або застосування додаткових променеви методів.

2) При планарному дослідженні деякі структури скелета накладаються одна на одну, що ускладнює визначення їх розташування. Це в значною мірою стосується кісток черепа, хребта, таза – великих кісткових масивів, які складаються з різних за формою та розмірами кістково-суглобових структур із певними анатомічними особливостями.

У процесі роботи обстежено 90 осіб зі ЗН та доброякісними ушкодженнями ОРА, у котрих зміни, виявлені клінічно та під час променеви досліджень (конвенційна рентгенографія, КТ або МРТ), а також на планарній ОСГ були неоднозначними та недостатніми для визначення їх природи. Середній вік обстежуваних пацієнтів становив $62,5 \pm 8,8$ року.

Результати. В усіх пацієнтів при планарній ОСГ було виявлено одну або декілька ділянок підвищеної фіксації РФП, які різнилися за характером та інтенсивністю накопичення препарату. Виявлені осередки розташовувались переважно в хребті. Загальна кількість ділянок, виявлених при планарній ОСГ, – 144.

За даними планарної ОСГ 44 (31%) осередки підвищеної фіксації РФП були класифіковані як доброякісні, 61 (42,4%) – як злоякісні, 39 (27%) – як невизначені, що потребували подальшого дослідження.

У процесі перегляду та обробки даних ОФЕКТ ми виділили основні ознаки, що стали диференційними для визначення характеру вогнищ підвищеної фіксації РФП:

1. Уточнення локалізації ділянки в дрібних та складних кісткових структурах.

2. Уточнення поширеності ділянок.

3. Виявлення некісткової локалізації ділянки та вірогідного м'якотканинного компонента.

4. Виявлення додаткових вогнищ, які не візуалізувались на планарній ОСГ.

Застосування виявлених ознак відбувалось таким чином:

На реконструйованих аксіальних, фронтальних і сагітальних зрізах ОФЕКТ чітко визначались структури, які інтенсивно фіксували РФП (тіло та ніжка хребця, метаепіфізарні частини трубчастих кісток – характерно для метастатичного ураження, міжхребцеві простори та суглобові поверхні – доброякісні дегенеративно-дистрофічні зміни).

Також вивчення відповідних томографічних зрізів при дифузно-нерівномірній фіксації препарату в хребті, бокових відділах грудної клітки, складних суглобах дозволяло чітко розрізнити окремі патологічні ділянки в дрібних структурах, уточнити їх розташування та поширеність і співставити отриману інформацію з клінічними даними, даними рент-

генівських методів обстеження та МРТ. Виявлені дефекти фіксації РФП, оточені зоною підвищеного накопичення, можуть відповідати м'якотканинному компоненту пухлин.

На фронтальних і сагітальних зрізах грудної, черевної порожнин та порожнини таза додаткові ділянки підвищеної фіксації РФП візуалізувались за рахунок розгляду кісткових елементів на одному рівні, без просторового викривлення.

Вивчення відповідних аксіальних зрізів дозволило уточнити розташування ділянок підвищеної фіксації препарату в сечоводах, ЧМС нирок та інших некісткових осередках, що при планарному обстеженні накладаються на структури скелета.

Отже, скориставшись диференційними ознаками, отриманими при ОФЕКТ, ми додатково виявили 21 ділянку патологічної фіксації РФП (11 – у грудному відділі хребта, 7 – у поперековому відділі, 1 – в лопатці, 2 – в ребрі), що становило 12,7% від загальної кількості раніше виявлених ділянок; окрім того, кількість невизначених ділянок знизилась із 39 (27%) до 10 (7%).

При обчисленні діагностичної ефективності планарної ОСГ та ОФЕКТ встановлено: чутливість, специфічність і точність планарної ОСГ становлять 93,4, 61,3 та 73,2% відповідно, для ОФЕКТ – 100, 90,4 та 97% відповідно. При цьому специфічність і точність статистично вірогідно відрізняються для цих видів обстежень ($p < 0,05$).

Висновки

1. Визначення розташування та поширеності виявлених осередків підвищеної фіксації РФП стосовно кісткових або некісткових структур при ОФЕКТ сприяє уточненню їх природи та запобігає отриманню хибнопозитивних результатів за рахунок некісткових ділянок.

2. При томографічному обстеженні виявляються додаткові ділянки патологічного накопичення РФП в КТк, які не візуалізуються при планарній ОСГ, що зменшує кількість хибнонегативних результатів.

3. Підвищення показників діагностичної ефективності ОФЕКТ порівняно з планарною ОСГ важливо для диференційної діагностики уражень ОРА та свідчить на користь широкого впровадження томографічного режиму сцинтиграфії скелета в клінічну практику.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РАДІОЙОДТЕРАПІЇ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЗАЛЕЖНО ВІД ТЕРМІНІВ ЇЇ ПРОВЕДЕННЯ

Солодяникова О.І., Сукач Г.Г.,

Саган Д.Л., Трацевський В.В.

Національний інститут раку, м. Київ

Вступ. Радіойодтерапію (РЙТ) прийнято проводити через 4-6 тижнів після хірургічного втручання. Проте іноді складаються ситуації, внаслідок яких виконується відстрочена РЙТ за суб'єктивними, ятрогенними причинами, а також через недостатню кількість спеціалізованих ліжок. Останнє призводить до постійного зростання черги хворих, які потребують РЙТ, а значить, й до подовження строків між операцією та РЙТ. У зв'язку з цим виникає питання про вплив відстроченого застосування радіоїоду (понад 2 місяці) на ефективність лікування.

Матеріали та методи. У дослідження у відділенні ядерної медицини Національного інституту раку було залучено 376 пацієнтів із позитивним ефектом після РІТ, яким вона була проведена у різні строки після операції. Термін спостереження за пацієнтами коливався від 4 до 60 місяців, у середньому 13,2 місяця.

Залежно від строків проведення РІТ після операції всі пацієнти були розподілені на 3 групи. Початковим періодом вважали дату видалення первинної пухлини.

До першої групи увійшли 97 хворих (76 жінок і 21 чоловік) віком від 32 до 76 років (середній вік – 54 роки), які одержали РІТ через 30-60 днів після операції. Гістологічно у 62 виявився папілярний рак, у 15 – фолікулярний, у 20 – змішані форми ДРЦЗ.

Другу групу становили 192 пацієнти (147 жінок і 45 чоловіків) віком від 19 до 68 років (середній вік – 43,5 року), які одержали ^{131}I через 61 день – 6 місяців після ТЕ. Гістологічно у 126 діагностовано папілярний рак, у 76 – фолікулярний, у 40 – змішані форми.

До третьої групи увійшли 87 осіб (70 жінок і 17 чоловіків) віком від 18 до 67 років (середній вік – 42,5 року), яким РІТ була проведена в строки понад 6 місяців після хірургічного втручання. Папілярний рак діагностовано у 52, фолікулярний – у 20, змішані форми – у 15.

Загалом папілярний рак щитоподібної залози визначався у 63,8% хворих, фолікулярний – у 16,2%, змішані форми – у 20,0%.

Результати. У першій групі позитивний ефект після першого курсу РІТ одержано у 81 з 97 хворих (83,5%). У другій групі позитивний результат РІТ після одночасного приймання РФП спостерігався у 89,6% хворих. У третій групі позитивний ефект після першого курсу РІТ досягнуто у 72 із 87 хворих (83,5%). У цілому ефективність першого курсу РІТ становила 86,4%.

Таким чином, використані клініко-радіонуклідні показники під час спостереження за хворими на ДРЦЗ, а саме тривалість періоду між ТЕ і першим курсом РІТ, є чинником впливу на результати лікування.

Незважаючи на досить високі показники ефективності від першого курсу РІТ хворих (88,6-76,0%), незалежно від часу, який минув після операції або після діагностичної скінтиграфії, питання про терміновість проведення РІТ необхідно вирішувати в кожному конкретному випадку, виходячи з чинників ризику.

У найближчі строки РІТ необхідно призначати пацієнтам з Т3-4N1-2M1 і рецидивами захворювання, багаточисельним та інвазивним ростом пухлини, що супроводжується високим ОПД після діагностичних активностей.

ВОЗМОЖНОСТИ РАДИОНУКЛИДНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ МЕЛАНОМЕ

Сукач Г.Г., Кукушкина М.Н.,
Солодяникова О.И.

Национальный институт рака, г. Киев

Вступление. Очевидно, что наличие регионарного распространения опухоли негативно сказывается на прогнозе и в итоге на выживаемости пациентов. Поэтому для выбора наиболее адекватной тактики лечения (объема и типа хирургического

вмешательства, химиолучевой терапии, а также, возможно, очередности мероприятий) важным является подтверждение наличия либо отсутствия метастатического поражения регионарных лимфатических узлов. В связи с этим метод радионуклидной детекции сторожевых лимфатических узлов (СЛУ) с последующим их гистологическим исследованием представляется наиболее эффективным.

Цели исследования: оценить возможности эффективной детекции СЛУ методами радионуклидной диагностики при меланоме кожи.

Материалы и методы. 196 больным с меланомой была проведена радионуклидная лимфосцинтиграфия и интраоперационная детекция СЛУ с последующим их гистологическим исследованием. В качестве РФП использовались коллоиды наноциста и наноальбумина, меченные $^{99\text{m}}\text{Tc}$, общей активностью до 250 МБк и общим объемом до 0,3 мл. Для лимфосцинтиграфии была задействована цифровая гамма-камера DH-SPIRIT (Mediso). Для интраоперационной детекции СЛУ – портативный гамма-счетчик Europrobe (Canberra Packard).

Результаты. Данные, полученные в ходе исследования СЛУ у 196 больных с меланомой кожи. Успешно идентифицированы СЛУ у 96,9% пациентов, в 23,5% случаев из них гистологически верифицировано метастатическое поражение СЛУ. Все случаи неудачной детекции СЛУ (3,1%) наблюдались у пациентов с чрезмерно развитой подкожной клетчаткой. Количество обнаруженных «сторожевых» лимфатических узлов: 1 узел – 62,5%, 2 узла – 32,1%, 3 узла – 5,4%. Среднее количество сторожевых лимфатических узлов у 1 больного – 1,4.

Локализация «сторожевых» лимфоузлов в зависимости от локализации первичной опухоли: при меланоме на верхних конечностях 100% СЛУ локализовались в аксиллярных областях; на нижних конечностях – 88,9% в паховых и 11,1% детектировалось в двух лимфатических коллекторах; при меланоме кожи туловища – 61,5% в подмышечных коллекторах, 26,9% — в паховых, 3,8% — в шейных, 7,7% детектировалось в двух и более лимфатических коллекторах; при меланоме кожи головы — 50% в шейных и 50% — в двух коллекторах.

Заключение. Таким образом, радиоизотопный метод прост, легко выполним и информативен для идентификации «сторожевых» лимфатических узлов при меланоме кожи. Он позволяет определять расположение «сторожевых» лимфатических узлов непосредственно через кожу, при этом узел может быть удален через небольшой разрез, во время операции в любой момент можно контролировать локализацию узла.

Предоперационная лимфосцинтиграфия как инструмент картирования является важным этапом исследования СЛУ, в особенности для меланомы кожи с локализацией на туловище.

ХІМІОПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ В НЕОАД'ЮВАНТНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА МІСЦЕВОПОШИРЕНИЙ ПЕРВИННО НЕОПЕРАБЕЛЬНИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Іванкова О.М.

Національний інститут раку, м. Київ

Вступ. Рак грудної залози (РГЗ) залишається найактуальнішою проблемою сучасної онкології та