

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 наноцис и наноальбумон, 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