

*МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ НАУК УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ*

*ХІІІ З'ЇЗД
ОНКОЛОГІВ ТА РАДІОЛОГІВ УКРАЇНИ
(матеріали з'їзду)
26–28 травня 2016 р., м. Київ*

Київ 2016

рих (59,6 та 60,8% відповідно) мали II стадію захворювання, у 1,8 та 5,8% відповідно діагностовано III стадію, у решті пацієнтів виявлено СМТ I стадії.

Брахітерапія проводилася на апараті Multisource з джерелом Со-60 високої потужності дози. Інтраопераційно поперек рани під її дном вводились голки з інтервалом 1–2 см, які починаючи з другої доби з'єднували з катетерами, якими до осередку потрапляло джерело опромінення. Разова осередкова доза складала 10–15 Гр.

Результати. Комбіноване лікування з використанням БТВПД в порівнянні з тільки ХЛ покращує 3-річні результати безрецидивної, безметастатичної і загальної виживаності на 14,2%, 15,3% та 14,9%, відповідно ($p > 0,05$). Частота і тяжкість післяопераційних ускладнень (сероми, нагноєння, вторинне загоєння швів) в групах також достовірно не відрізнялись (8,8% та 13,7% спостережень в 1-й та 2-й групі відповідно ($p > 0,05$)).

Таким чином, комбіноване лікування з використанням БТВПД призводить до поліпшення результатів лікування хворих з локалізованими саркомами м'яких тканин, водночас достовірно не збільшує кількість післяопераційних гнійно-запальних ускладнень у порівнянні з хірургічним лікуванням.

Позитронно-емісійна томографія в діагностиці прихованої тиреоїдної мікрокарциноми під клінічною маскою раку легені

Мужичук О.В., Старіков В.І.

Харківській національній медичній університет

Хворий К, 69 років, лікар за фахом, був направлений на обстеження у торакальне відділення Харківського онкоцентру після флюорографічного обстеження, під час якого було виявлено конгломерат збільшених лімфовузлів середостіння. За даними проведеної рентгенографії, патології легенів виявлено не було. Відзначалось розширення кореня легенів за рахунок збільшених лімфовузлів. Бронхоскопія патологічних змін слизової оболонки трахеї та бронхів не виявила. Цитологічне дослідження матеріалу, отриманого після трансbronхіальної біопсії, встановило наявність метастазу аденокарциноми G3. КТ органів грудної порожнини первинної пухлини не виявила. Під час комплексного обстеження хворому було виконане ендоскопічне дослідження стравоходу та шлунку, УЗД ший, органів червоної порожнини, заочеревного простору. Пухлинних ознак встановлено не було. Випадок було розцінено, як медіастинальну форму раку легені T0N2M0. Після ознайомлення з результатами обстеження, хворий висказав бажання в проведенні йому позитронно-емісійної томографії. За даними ПЕТ було виявлене патологічне накопичення радіофармапрепарату в конгломераті лімфовузлів середостіння та в області лівої частки цитоподібної залози. Клінічний діагноз було змінено на «рак цитоподібної залози T0NXM1». Повторне УЗД дослідження цитоподібної залози ознак вогнищевої патології не виявило. Хворому було виконано видалення цитоподібної залози та паратрахеальної клітковини. При морфологічному дослідженні діагностовано папілярну мікрокарциному розміром до 2 мм. В паратрахеальній клітковині виявлені незмінні лімфовузли. В подальшому хворому розпочато радіонуклідну терапію I31I. Під час сканування тіла на «запишкових» активностях, вже після першого курсу лікування було відзначено накопичення РФП в лімфовузлах середостіння. Зараз хворий продовжує лікування. Наданий клінічний випадок демонструє прихований агресивний перебіг тиреоїдної мікрокарциноми. Встановлення вірного діагнозу стало можливим завдяки випадковому застосуванню ПЕТ.

Применение паклитаксела и карбоплатина в метрорномном режиме при метастатическом раке молочной железы

Насонова А.Н., Коломацкая В.В.

ГУ «Институт медицинской радиологии им. С.П. Григорьева НАМН Украины», г. Харьков

Средняя продолжительность жизни пациенток с метастатическим раком молочной железы (МРМЖ) составляет 2–3,5 года, 25–35% пациенток живут более 5 лет и только 10% — свыше 10 лет. Основной задачей лечения диссеминированных форм рака молочной железы являются продление жизни и сохранение ее качества.

Цель исследования. Систематизация критериев, определяющих выбор режима лечения пациенток с МРМЖ.

Материалы и методы. Нами представлены результаты применения метрорномного режима 1-й линии химиотерапии (ХТ): паклитаксел 80 мг/м² и карбоплатин 2 АUC в 1-й, 8-й и 15-й дни лечения каждого 21-однодневного цикла у 29 пациенток. В группу сравнения вошли 38 пациенток, получавших ХТ по схеме: паклитаксел — 175 мг/м² и доксорубин — 50 мг/м², каждые 3 недели. В обеих группах метастазы локализовались в печени, легких и костной системе, без признаков местной прогрессии.

Для определения тактики лечения МРМЖ оценивается ряд факторов: рецепторный статус опухоли, возраст пациентки, характер терапии предшествующих линий и др. В большинстве случаев онкологи сталкиваются с необходимостью проведения системной химиотерапии и выбора режима, при котором снижается уровень токсичности и минимизируется потребность в поддерживающей терапии.

Оценка эффекта и токсичности лечения проводилась после 3-го и 6-го циклов ХТ.

Результаты. При метрорномном режиме частичный ответ (PR) опухоли наблюдался у 15 (52%) пациенток против 14 (37%) группы сравнения (КП, $p < 0,05$) при среднем времени до прогрессирования 8,3 мес. (в контроле 5,4 мес., КП, $p < 0,05$). Стабилизация отмечена у 12 (34%) и 20 (53%) пациенток, соответственно.

Общая выживаемость не оценивалась, поскольку на момент публикации медиана в метрорномной группе не достигнута.

При оценке нежелательных эффектов ХТ установлено, что уровни гематологической, гастроинтестинальной и нефрологической токсичности в исследуемых группах достоверно не отличались. В то же время в группе сравнения у 2 (6,2%) отмечалось развитие хронической сердечной недостаточности.

Выводы. Предварительный анализ результатов применения карбоплатина и паклитаксела в качестве 1-й линии ХТ МРМЖ свидетельствует о его преимуществах — увеличении продолжительности жизни пациенток при более благоприятном профиле токсичности по сравнению с антрациклинсодержащей схемой химиотерапии.

Частота розвитку хейліту під час проведення циклів поліхіміотерапії у хворих на рак молочної залози

¹Насонова А.М., ²Сухіна І.С., ¹Слюхіна О.В.

¹ДУ «Институт медичної радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», м. Харків

²Харківській національній медичній університет

Проведення цитостатичної терапії онкологічним хворим впливає на розвиток її побічної дії в порожнині рота і спостерігається у 10–40% випадків.

Мета дослідження. Оцінити вплив побічної дії цитостатичної терапії в порожнині рота у хворих на рак молочної залози під час проведення циклів ад'ювантної поліхіміотерапії шляхом вивчення стану червоної облямівки губ.

Матеріали та методи. Для достовірності результатів даного дослідження взято однорідну групу пацієнток — 26 жінок, хворих на РМЗ $T_1N_0M_0$ — $T_2N_1M_0$ стадій, які отримали на 1-му етапі комбіноване лікування (операція + променева терапія) та 6 циклів ад'ювантної ПХТ, відповідно до міжнародних стандартів, за однаковою схемою — CAF.

Результати. Проведення I циклу ПХТ у хворих на РМЗ в $65,4 \pm 9,5\%$ (17 з 26 пацієнток) супроводжувалося розвитком хейліту, основними проявами якого були сухість губ — $59,1 \pm 10,7\%$ випадків, висипання на губах — $18,2 \pm 8,4\%$, тріщини в кутах рота — $40,9 \pm 10,7\%$. При проведенні II циклу частота хейліту спостерігалась в $57,7 \pm 9,9\%$; $52,2 \pm 10,7$, $17,4 \pm 8,1$ та $30,4 \pm 9,8\%$. Максимальний прояв цієї патології спостерігався на III циклі ПХТ — $69,2 \pm 9,2\%$, але частота сухості губ і тріщин в кутах рота були нижче, ніж при попередніх циклах і становила та відповідали $54,2 \pm 10,4$ та $37,5 \pm 10,1\%$ відповідно. Дещо збільшилась частота висипань на губах — $20,8 \pm 8,5\%$. Частота розвитку хейліту під час проведення IV циклу аналогічна показникам II циклу — $57,7 \pm 9,9\%$, як і прояви тріщин в кутах рота та висипання на губах, але сухість губ спостерігалась в $47,8 \pm 10,7\%$. Відмічено подальше зниження проявів хейліту на V та VI циклах ПХТ — $50,0 \pm 10,0$ та $34,6 \pm 9,5\%$ відповідно, а також сухість губ $40,0 \pm 10,0$ та $36,4 \pm 10,5\%$, та тріщини в кутах рота — $32,0 \pm 9,5$ і $27,3 \pm 9,7\%$. Водночас висипання на губах практично не змінювались — $16,0 \pm 7,5$ і $18,2 \pm 8,4\%$ відповідно циклам.

Висновки. Вищевикладене диктує необхідність моніторингу стану органів порожнини рота під час хімотерапевтичного лікування у хворих на рак молочної залози.

Можливості радіонуклідної візуалізації та оцінка функціонального стану нирок у пацієнтів з нирково-клітинним раком

Новерко І.В., Сатир М.В., Кундіна В.В.

ДУ «Інститут серця МОЗ України», м. Київ

Вступ. Нирково-клітинний рак (НКТ) серед усіх злоякісних новоутворень нирки складає 2-3% і є найбільш поширеним видом злоякісного ураження паренхіми нирок у дорослих пацієнтів. Пухлини нирок найчастіше визначаються при обстеженні хворих за допомогою УЗД. Для вирішення основних клінічних задач (з'ясування об'єму ураження, локалізації пухлини, тактики лікування) основне значення має КТ. При плануванні хірургічного лікування важливим моментом є визначення функціонального стану нирки, ураженої пухлиною, з використанням динамічної реносцинтиграфії (ДРСГ) з клубочковим радіофармацевтичним препаратом (РФП) — $99mTc$ -ДТПА (діетилтріамінопентацетат).

Мета. Визначити можливості радіонуклідної візуалізації та особливості оцінки функціонального стану нирок при виконанні ДРСГ залежно від розміру пухлини та локалізації патологічного процесу.

Матеріал та методи. Сцинтиграфічні ознаки пухлинного ураження нирок проаналізовані у 136 хворих у віці від 26 до 75 років (середній вік $51,2 \pm 4,7$ роки). По локалізації НКТ у 76 пацієнтів були пухлини передньої поверхні нирки і у 60 пацієнтів — задньої поверхні. У 95 пацієнтів пухлина була розташована на полюсах (нижній або верхній) і у 41 пацієнта по краю нирки. ДРСГ виконували на гамма-камері Inpina-HawkeyeTM. Положення хворого лежачи на спині. Режим запису інформації: 30 хв з експозицією 1 кадр за 1 хв. ДРСГ проводили з $99mTc$ -ДТПА виробництва «Polatom», Польща. Активність РФП складала 2 МБк/кг. Променеві навантаження не виходили за межі гранично припустимих. Обробку та аналіз отриманих даних проводили за допомогою системи обробки та перегляду функціональних зображень XelerisTM.

При ДРСГ визначали ШКФ окремо на кожну нирку та стандартизовану (ШКФСТ) (мл/хв), а також екскреторну здатність нирок. КФП в ураженій нирці розраховували з використанням ділянки з інтенсивною фіксацією РФП протягом усього дослідження. Сцинтиграфічна картина оцінювалась за

навністю дефекту фіксації РФП та його локалізації, контурів і розмірів нирок, КФП.

Результати досліджень та їх обговорення. При візуальній оцінці зображень пухлини нирок виглядають як дефекти фіксації РФП. Пухлини розміром 3–4 см і більше добре діагностувались при ДРСГ. Пухлини до 2 см мали гіршу візуалізацію завдяки помірному перерозподілу РФП. При пухлинах невеликих розмірів в якості зони інтересу оцінювали всю поверхню ураженої нирки, функція таких нирок та КФП відповідали нормі. При локалізації пухлин у полюсах нирок із зон інтересу виключали ділянку, уражену пухлиною. При цьому більш точно оцінювалась ШКФ, яка була на 30–40% нижчою за норму без порушення екскреторної здатності нирок. КФП в ураженій нирці була зниженою в середньому на $28,8 \pm 4,5\%$. При центральному розташуванні пухлин зона інтересу мала форму напівмісяця з виключенням із зони оцінки пухлини і миски. При цьому спостерігались більш виражені зміни ШКФ (зниження на 50–60%), зменшення КФП в середньому на $41,7 \pm 5,8\%$ та порушення екскреторної здатності нирок (від помірного до значного). При крайовому розташуванні пухлини її виключали із зони оцінки. ШКФ в таких нирках знаходилась на достатньому рівні, КФП була зниженою в середньому на 10%, параметри екскреторної здатності нирок були в межах норми.

Висновки.

1. ДРСГ — цінний метод оцінки функціональної здатності нирок, уражених пухлинами, незалежно від локалізації та об'єму ураження.
2. КФП в ураженій пухлиною нирці обернено пропорційна розміру пухлини та її локалізації.
3. При центральному розташуванні пухлин і залученні в патологічний процес ЧМК функціональна здатність ураженої нирки значно уповільнена.

ПЕТ/КТ в передопераційному стадіюванні недрібноклітинного раку легень

¹Олійниченко О.Г., ²Фірсова М.М., ¹Осинський Д.С., ³Капінос Г.В., ¹Дола О.І., ¹Холодна А.В.

¹КМКОЦ Центр ядерної медицини, м. Київ

²НМАПО ім. П.Л. Шупика, кафедра радіології

³КЗКОР, м. Київ Київська обласна лікарня № 2

Мета: провести оцінку чутливості при застосуванні позитронно-емісійної томографії (ПЕТ/КТ) у хворих з недрібноклітинним раком легень для передопераційного стадіювання, що впливає на визначення тактики лікування та прогнозування перебігу захворювання

Матеріали та методи: в роботі проаналізовано дані обстеження 116 пацієнтів з підтвердженим недрібноклітинним раком легень (чоловіків — 66, жінок — 30 віком від 37 до 70 років). Обстеження проводилось згідно з протоколами сканування. ПЕТ/КТ-сканування здійснювалось на двох сканерах — GE DISCOVERI STE та PHILIPS GEMINI TF. Обстеження проводились після введення радіофармацевтичного препарату $18F$ -фтордезоксиглюкоза ($4MBq/kg$). Сканування проводилось через 60 хв після введення активності за стандартними протоколами ПЕТ/КТ.

Результати: серед 116 обстежених пацієнтів, у 76 (65,52%) пацієнтів не було змінено тактику лікування і вони велись по запланованому маршруту. У 40 пацієнтів (34,48%) результати ПЕТ/КТ сканування призвели до зміни в запланованому лікуванні, з них 10 були класифіковані як неоперабельні.

В 20 випадках відзначалось зміна стадії, як погіршення: було виявлено додаткові метастатичні ураження внутрішньогрудних лімфовузлів, віддалених лімфовузлів, кісток скелету, наднирників, печінки, головного мозку. Хибнонегативна діагностика мала місце в 5 (4,31%) випадках.

Висновки: аналіз отриманих результатів в 95,69% підтвердив високу чутливість методу ПЕТ/КТ для передопераційного стадіювання пацієнтів з недрібноклітинним раком легень з метою встановлення ранньої пухлинної дисемінації, визначення