

Міністерство охорони здоров'я України
Національний інститут раку МОЗ України
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України
Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами

науково-практична конференція

**Променеві методи дослідження
як діагностичний та лікувальний супровід
в онкології**

5–6 квітня

Київ — 2012

УДК 615.849.1 + 616–006 + 616–07

Науково–практична конференція «Променеві методи дослідження як діагностичний та лікувальний супровід в онкології»

Київ: 2012, 172 с.

Збірник містить нові результати з променевих методів дослідження в онкології. Розглянуто різноманітні сучасні діагностичні та лікувальні методики, які ґрунтуються на застосуваннях УЗД, КТ, ПЕТ–КТ, МРТ та інші.

Викладений матеріал буде корисним фахівцям з проблем діагностики та терапії в онкології, лікарям променевої діагностики.

Зміст

<i>Abdullaev R.Ya., Tamm T.I., Huzhniak A.A., Golovko T.S.</i> Ultrasonography of paravertebral space for paravertebral block conduction	8
<i>Абдуллаев Р.Я., Винник Ю.А., Крыжановская И.В.</i> Дооперационная ультразвуковая диагностика рака желудка	10
<i>Абдуллаев Р.Я., Пономаренко С.А., Горлеку Ф.</i> Особливості ультразвукової діагностики гепатоцелюлярного раку печінки	13
<i>Абдуллаев Р.Я., Пономаренко С.А., Кріжановська І.В., Сысун Л.А.</i> Ультрасонографічна семіотика метастазів печінки	16
<i>Абдуллаев Р.Я., Пономаренко С.А., Єфіменко С.Г.</i> Ультразвукова дифференційна діагностика доброякісних пухлин печінки	19
<i>Абдуллаев Р.Я., Пономаренко С.А., Горлеку Ф., Кріжановська І.В.</i> Можливості ультрасонографії та КТ в діагностиці гепатоцелюлярного раку	21
<i>Бабий Я.С., Сычева Т.В.</i> Эффективный выбор радиологических методов исследования при раке легкого	24
<i>Бакай О.О.</i> Можливості еластографії в ультразвуковій діагностиці новоутворень різної локалізації	28
<i>Батюк С.І., Бриндіков Л.М., Табола М.М., Попович В.В.</i> Ультразвукове дослідження метастазів в лімфовузлі при раковій прямої кишки	30
<i>Білоненко Г.А., Шкарбун Л.І., Аксьонова О.Г., Аксьонов О.А.</i> Рак чи мастит? Сучасний діагностично-лікувальний супровід при запальних змінах грудей	32
<i>Вубнов Р.В.</i> Unremovable idiopathic pain treatment by novel ultrasound guided technique	37

<i>Bubnov R.V., Voyko V.V.</i>	
The capabilities of ultrasonography in complex diagnostics of advanced colorectal cancer. A prospective study	39
<i>Бубнов Р.В., Строкань А.М., Абдуллаєв Р.Я.</i>	
Принципи навчання використання сонографії в регіональній анестезії та медицині болю	41
<i>Бубнов Р.В.</i>	
Персоналізована, прогностична та профілактична медицина (ПППМ). Сучасна європейська парадигма	48
<i>Бубнов Р.В., Мухомор О.І.</i>	
Інвазивна сонографія легеневої тканини та органів грудної клітки	52
<i>Бубнов Р.В., Мельник І.М.</i>	
Оптимізація медичних рішень та визначення помилки інтервенційної сонографії за допомогою математичних моделей.	56
<i>Верба А.В., Гуменюк К.В., Коваль І.М.</i>	
Досвід виконання черезшкірно-черезпечінкового дренажу жовчних шляхів у хворих із захворюваннями гепато-панкреатодуоденальної зони, що ускладнені механічною жовтяницею	66
<i>Волоткович А.Ю., Мачнєва О.В.</i>	
Променеві методи дослідження у комплексній діагностиці раку молочної залози	70
<i>Головко Т.С., Крахмалева Л.П., Скляр С.Ю.</i>	
Роль лучевой диагностики при непальпируемых опухолях молочной железы	72
<i>Головко Т.С., Крахмалева А.С.</i>	
Комплексная диагностика узловых образований грудных желез	74
<i>Grabovetskyi S.A.</i>	
Multivoxel MR spectroscopy in the differential diagnosis of brain tumors. Predictive and personalized approach	77
<i>Гречаник О.І., Абдуллаєв Р.Я., Красильніков Р.Г., Цвігун Г.В.</i>	
Комплексна ультразвукова діагностика ураження внутрішніх органів у онкопроктологічних хворих	79
<i>Грищенко О.В., Бобрицкая В.В., Васильева И.А.</i>	
Сонографический контроль динамических изменений ткани молочной железы в процессе патогенетической терапии	81

Гуралевич Ю.В., Головко Т.С., Цып Н.П.

Возможности ультразвукового исследования в диагностике узловой и неузловой форм трофобластической болезни 86

Дерев'янюк Л.П., Талько В.В., Атаманюк Н.П., Яніна А.М., Родіонова Н.К.

Оцінка функціонального стану гіпофізарно-гонадної системи у жінок репродуктивного віку після променевої терапії пухлин головного мозку 88

Дикан І.М., Козаренко Т.М., Логаніхіна К.Ю.

Можливості агіографічного дослідження мультidetекторної комп'ютерної томографії в оцінці ефективності хіміопроменевої терапії у хворих на рак гортані 93

Добровольський Н.А. Иванова Л.П. Таварткиладзе Н.Е. Богданович Л.И. Куличкова О.В.

Остеосцинтиграфия с Tc99m как один из методов ранней диагностики метастазов в кости скелета 97

Іванкова В.С., Шевченко Г.М., Хруленко Т.В., Барановська Л.М., Скоморохова Т.В., Отрощенко І.П., Галяс О.В.

Сучасні технології високоенергетичної HDR брахітерапії у променевому лікуванні раку шийки матки 101

Каратунова Е.Н., Ясеницкая Н.А.

Инновационный метод ультразвуковой абляции опухолей человека 103

Клюсов О.М., Войтко О.В., Говоруха Т.М., Лола О.І., Олійніченко О.Г., Холодна А.В.

Перший досвід центру ядерної медицини київського міського клінічного онкологічного центру застосування поєданого ПЕТ-КТ у онкохворих 105

Кравченко Д.А., Логанихіна Е.Ю.

Определение объема резекции гортани при раке ее срединного отдела (T2-3N0M0) 108

Красільников Р.Г.

Визначення особливостей МРТ-семіотики головного мозку в залежності від синдромологічної картини у віддалений період легкої закритої черепно-мозкової травми 110

Лаврик Г.В.	
Стандарты лучевой диагностики в стадировании рака печени	116
Лущик Ч.Б., Новицкий В.В., Рябець Л.С., Коломійчук О.П., Приз А.М.	
Можливості сучасних методів досліджень та інформаційних технологій в ранній доклінічній діагностиці перебудов судинного русла при онкопатології	119
Максимовский В.Е., Добровольский Н.А., Четвериков С.Г., Лурин А.Г., Машуков А.А.	
Неинвазивный контроль роста опухолевых очагов после радиочастотной термоабляции	127
Mukhomor O.I., Bubnov R.V.	
Prediction outcome of aspiration treatment under ultrasound guidance using sonoelastography (personalized and predictive management in gynaecology)	131
Mukhomor O.I., Bubnov R.V., Abdullaev R.Ya.	
Sonoelastography enhanced US guided biopsy for prostate cancer detection	133
Педаченко Ю.Е.	
Пункционная вертебропластика в хирургическом лечении метастатических поражений позвоночника	136
Погодаева Г.А., Казакевич В.Г.	
Роль профилактических УЗ-осмотров в ранней диагностике рака предстательной железы	138
Процьк Е.Е., Головка Т.С.	
Возможности ультразвуковой диагностики опухолей слюнных желез ..	141
Роцупкін А.О., Горобинська С.М.	
Аналіз безпеки застосування контрастних засобів при проведенні МРТ	144
Смакова М.С., Коровина А.С.	
Лучевая диагностика костных проявлений при множественной миеломе	146
Смоланка И.И., Иванкова В.С., Скляр С.Ю., Иванкова О.М.	
Використання радіомодифікаторів при комплексному лікуванні хворих на резистентні форми раку грудної залози	148

**Смоланка І.І., Солодяннікова О.І., Скляр С.Ю.,
Костриба О.І.**

Променева діагностика в оцінці стану та розташування регіонарних та «сторожових» лімфатичних вузлів при виборі обсягу операції у хворих на рак грудної залози 150

**Щепотін І.Б., Шептицький В.В., Приймак В.В.,
Колесник О.О., Лукашенко А.В.**

Черезшкірне черезпечінкове дренування жовчних протоків у онкологічних хворих, з механічною жовтяницею, під контролем УЗ 152

**Щепотін І.Б., Шептицький В.В., Приймак В.В.,
Колесник О.О., Свінцицький В.С., Лукашенко А.В.**

Малоінвазивні втручання під контролем УЗ, в лікуванні післяопераційних ускладнень у хворих з онкопатологією органів черевної порожнини, за очеревинного простору та органів малого тазу 153

**Тюєва Н.В., Добровольський М.А., Таварткіладзе Н.Є.,
Дідорчук С.П., Сафронова О.В.**

Можливості УЗД в моніторингу регресії пухлин шийки матки протягом поєднаної променевої терапії 155

Францевич К.А.

Комплексна променева діагностика дифузних мастопатій 158

Халилеев А.А., Головка Т.С., Лаврик Г.В., Рудая Л.В.

Анализ воротного кровотока у пациентов с злокачественными новообразованиями брюшной полости 162

Хурані І.Ф., Какарькін О.Я., Григоренко С.В.

Роль спіральної комп'ютерної томографії у виявленні постхіміо-променевиx легеневиx ушкоджень у хворих на рак грудної залози 164

Чернобай Т.Н.

Лучевая диагностика рака пищевода 169

Грищенко О.В., Бобрицкая В.В., Васильева И.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,

Харьков, ХМАПО ул. Корчагинцев, 58 Харьков 61174.

Тел. (050) 32-71-331, bobritska@mail.ru

Сонографический контроль динамических изменений ткани молочной железы в процессе патогенетической терапии

Органические заболевания молочной железы (МЖ) являются предметом изучения гинекологов, маммологов, эндокринологов, врачей онкологического профиля. Актуальность темы обусловлена пересечением отраслей медицинских знаний, объясняющих природу заболеваний молочной железы, и предлагающих патогенетические варианты терапии.

Одной из наиболее часто встречающихся нозологических форм является фиброзно-кистозная мастопатия. Результаты клинико-эпидемиологических исследований очевидно демонстрируют довольно высокую частоту злокачественных новообразований на фоне существующей мастопатии, особенно узловатых форм, с пролиферацией эпителия. Поэтому патогенетически обоснованная терапия различных форм мастопатии, и особенно имеющих органических изменений является одним из компонентов профилактики рака молочной железы.

Доказанным фактом является нарушение гормонального статуса женщин, страдающих мастопатией. Регистрируется высокий уровень эстрогенов при низком уровне прогестерона, либо относительная гиперэстрогения с нарушением физиологического соотношения эстрогены/прогестерон. Гиперпролактинемия также значительно влияет на соотношение железистого и пренхиматозного компонентов. Гормональный статус щитовидной железы напрямую связан с уровнем эстрогенов. Эстрогенные рецепторы органов-мишеней реагируют на повышение половых стероидов гиперпластическими процессами.

© Грищенко О.В., Бобрицкая В.В., Васильева И.А., 2012

Согласно определению ВОЗ, фиброзно-кистозная мастопатия определена как «комплекс процессов, характеризующихся широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений в тканях молочных желез с формированием ненормальных соотношений эпителиального и соединительнотканного компонентов и образованием в молочной железе изменений фиброзного, кистозного, пролиферативного характера». С гистологической точки зрения, заболевание характеризуется довольно широким спектром морфологических изменений. Поскольку молочная железа имеет структуру паренхиматозного органа, в котором строма выполняет роль соединительнотканного каркаса, а железистая ткань функцию лактации, морфологические изменения могут иметь преобладание фиброзного компонента, либо изолированные фиброзные изменения, либо сочетание фиброзного и кистозного компонентов. Как правило, наблюдается одновременное расширение молочных протоков. Возможно изолированное образование единичных кист, иногда довольно больших размеров.

Преобладание тех или иных морфологических изменений возникает на фоне преобладающего действия стероидных гормонов, их соотношения, уровня пролактина, уровня гонадотропных и тиреотропных гормонов. Ведущая роль в настоящее время определена рецепторам к стероидным гормонам (эстрогенным, прогестероновым рецепторам), индивидуальное соотношение которых и определяет, по-видимому, степень патологических изменений органов-мишеней.

Сонографические признаки фиброзно-кистозной мастопатии соответствуют морфологическим изменениям органа, и характеризуются либо преобладанием участков повышенной эхоплотности, линейных структур полигональной формы, без четких контуров; либо сочетанием указанных признаков с эхонегативными образованиями овоидной формы, умеренно сниженной эхоплотности (кист) размерами от 3–4 до 7–15 мм. Кисты имеют четкие контуры, однородное содержимое, без дорсальной тени, окружены фиброзным компонентом – повышенной эхоплотности линейные структуры, капсула может четко не определяться. Четко прослеживается связь между фазами менструального цикла, и сонографической картиной мастопатии. Различие размеров кист может составлять 2–4 мм. Особенно очевидными эти признаки становятся при клинически значимом болевом синдроме. Наполнение кист секретом зависит от уровня гормонов, что имеет четкое визуальное подтверждение. При наличии болевого синдрома в первой фазе цикла, как

правило, размеры кистозных элементов не имеют существенных отличий от таковых во вторую фазу цикла.

Нами проведен сонографический контроль морфологических изменений молочных желез на фоне патогенетической терапии, имеющей в составе препарат для нормализации гормонального статуса, соотношения эстрогены/гестагены, а также иммуномодулирующей терапии. Препаратом выбора патогенетической терапии гормональных изменений послужил отечественный препарат Тазалок. В спектре показаний к применению препарата нарушения менструального цикла, дисменорея, синдром поликистозных яичников, фибромиома матки, эндометриоз, гиперплазия эндометрия, фиброзно-кистозная мастопатия. Фармакологические эффекты: антиэстрогенный, антипролиферативный, резорбтивный, противовоспалительный, анальгезирующий, спазмолитический. Препарат представляет собой комплекс селективных фитомолекул: *Filipendula hexapetala* Gilib 2,8g/100ml (radix) (Лабазник шестилепестковый); *Apium graveolens* L. 1,7g/100ml (radix) (Сельдерей пахучий); *Petroselinum sativum* Hoffm. 2,25g/100ml (radix) (Петрушка посевная); *Galium verum* L. 1,35g/100ml (herba) (Подмаренник настоящий); *Linaria vulgaris* Mill. 1,1g/100ml (herba) (Льнянка обыкновенная); *Calendula officinalis* L. 0,8g/100ml (flores) (Календула лекарственная). Применяется Тазалок в дозах 30–40 капель 3 раза в сутки, курс 3 месяца, затем в течение 3–6 месяцев – поддерживающая терапия 30 капель 1 раз в сутки. Длительность терапии обусловлена необходимостью продолжительного восстановления гормональной функции, и поддержкой нормального базисного гормонального фона.

В сочетании с терапией, направленной на нормализацию гормонального фона, нами также применялся препарат иммуномодулирующего действия Галавит (МНН – аминоксидигидрофалазиндионнатрия), который относится к классу синтетических низкомолекулярных иммуностропных лекарственных средств. Многочисленные клинические исследования препарата Галавит, проведенные в ведущих лечебных учреждениях, доказали его высокую эффективность и безопасность. Препарат представляет собой иммуномодулятор с выраженным противовоспалительным эффектом. Механизм действия препарата Галавит связан с его способностью изменять функционально-метаболическую активность макрофагов. При воспалительном процессе прием препарата Галавит приводит к уменьшению повышенной активности макрофагов, угнетает синтез провоспалительных цитокинов,

в том числе интерлейкина-1, фактора некроза опухолей. Препарат приводит к улучшению неспецифической резистентности организма, за счет регуляции функции макрофагов, способствует восстановлению синтеза и функции антигенов, снижению уровня аутоагрессии, способствует восстановлению функции Т-лимфоцитов, улучшает клеточный иммунитет, стимулирует фагоцитоз. Иммуномодулирующее действие препарата обуславливает его противоопухолевое действие. Клиническое действие препарата продолжается в течение 72 часов после применения.

Препарат выпускается во флаконах по 0,1г для внутримышечного введения, и в ректальных суппозиториях по 0,1г. В комплексе терапии фиброзно-кистозной мастопатии нами применялась следующая схема: 10-15 инъекций по 0,1г, затем ректальные свечи 0,1 №10 через день.

Под наблюдением находились 30 пациенток с клиническими, и сонографически подтвержденными признаками ФКМ. Группа из 20 человек составила группу клинического наблюдения с применением в комплексе терапии Тазалока по 30 капель 3 раза в сутки ежедневно, и Галавита по вышеназванной схеме.

Следует отметить, что ФКМ диагностирована на фоне прочих гинекологических и экстрагенитальных патологий. Поэтому препараты назначались в схемах лечения основного заболевания (воспалительные процессы малого таза — 7 человек, лейомиома матки (небольших размеров) — 8 пациенток, в том числе в сочетании с эндометриозом — 4, эндометриоз как самостоятельное заболевание — 2 пациентки, функциональные кисты яичников — 3 пациентки). Группа контроля составила 10 человек, полчавших только лечение основного заболевания. Следует отметить, что у 25 пациенток из 30 (83,3%) диагностированы заболевания щитовидной железы, преимущественно аутоиммунный тиреоидит с гиперплазией щитовидной железы 1-2 степени (18 человек — 60%), узловой зоб 2 степени (7 человек — 23%), диффузный зоб с гипofункцией щитовидной железы у 1 пациентки (3%).

Всем пациенткам проводилось сонографическое исследование до начала терапии, через месяц после начала проведения терапии, и через 2 месяца. Исследование проводилось не позднее 9 дня менструального цикла.

Визуальное подтверждение правильности комплексной терапии получено у всех пациенток основной группы, при сравнении с контрольной. На сонограммах очевидны признаки положительной динамики морфологии мо-

лочных желез — редукция кистозных элементов, уменьшение интенсивности эхосигнала фиброзных элементов, уменьшение диаметра млечных протоков. **Выводы** Патогенетически обоснованным является назначение комплекса селективных фитомолекул (Тазалок) как изолированно, так и в сочетании с иммуномодулирующей терапией (Галавит).

Результаты динамического сонографического контроля подтверждают эффективность сочетания гормон-нормализующих препаратов с иммуномодуляторами, в т.ч.с учетом противоопухолевого действия. Сонографический контроль позволяет четко визуализировать динамику морфологических изменений молочной железы при исходных гормонопатиях.

Патогенетическую терапию следует проводить с обязательным динамическим сонографическим контролем для повышения клинической эффективности терапии.