

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 ерекційна 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

корисну модель № 109586 від 25.08.2016, бюлетень № 16). Суть винаходу: детальний аналіз виявлених рентгенологічних змін та виконання рентгенограмметричних вимірів та розрахунків. Установлена залежність між ступенем вираженості гіперпневматозу та патологічними змінами в легенях у дітей з дисплазією сполучної тканини дозволила виділити три ступені тяжкості БОС: 1-й ступінь (29,8%) — діафрагма розміщена на рівні 7-го ребра, кут нахилу склепіння до 25°, посилення легеневого рисунка з обох боків за ретикулярним типом переважно в базальних відділах, підвищення прозорості легеневого полів — легкий ступінь тяжкості БОС. 2-й ступінь — діафрагма на рівні 8-го ребра, кут нахилу склепіння 26-29°, посилення та деформація легеневого рисунка за дрібночарунковим типом, підвищення прозорості легеневого полів — середній ступінь тяжкості БОС. Даний ступінь спостерігався в 56,7%. 3-й ступінь — діафрагма нижче 8-го ребра, кут нахилу склепіння 30° і більше, деформація легеневого рисунка за великочарунковим типом, наявність бул, пневмофіброз та формування легеневого серця — різко виражений ступінь тяжкості бронхообструктивного синдрому (13,5%).

Висновки. Запропонований метод дозволяє об'єктивно оцінити тяжкість бронхіальної обструкції у дітей з дисплазією сполучної тканини, що підвищує точність діагностики та дозволяє уникнути ускладнень. На підставі розробленого методу було встановлено, що у дітей з ДСТ переважає середній ступінь тяжкості бронхообструктивного синдрому.

ВПЛИВ ГЛІОМ РІЗНОГО СТУПЕНЯ АНАПЛАЗІЇ НА СТАН ОСНОВНИХ ПРОВІДНИХ ШЛЯХІВ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Робак К.О., Чувашова О.Ю.

Державна Установа «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна

Вступ. Дифузійно-тензорна томографія є методом, що неінвазивно дозволяє оцінити кількісні (вимірюванням показників дифузії) та якісні (моделюванням провідних пучків) зміни, що виникають у провідних шляхах в результаті поширення гліом різного ступеня анаплазії. Це, в свою чергу, надає найбільш повну інформацію для комплексного передопераційного планування хірургічної тактики та доступу.

Мета роботи — вивчити вплив, що чинять гліоми з різним ступенем анаплазії на стан провідних шляхів при локалізації останніх біля пухлини.

Матеріали та методи. Було проведено обстеження 88 хворих у віці від 3 до 71 року з гліомами головного мозку, які в подальшому були прооперовані. Гістологічно було верифіковано гліоми з Gr II — 25, Gr III — 26, Gr IV — 37. Взагалі хворим було здійснено моделювання 143 провідних шляхів, з них при гліомах з Gr II — 37 (25,9%), Gr III — 45 (31,5%), Gr IV — 61 (42,6%). МРТ-дослідження проводилося на апараті «Intera» (Філіпс, Нідерланди) 1,5 Тл з використанням імпульсної послідовності ДТЗ та наступною побудовою трактограм. Змодельовані провідні шляхи поєднувались з анатомічними зображеннями на T1-33.

Результати дослідження та їх обговорення. За даними МР-трактографії та показниками дифузії (ФА

та ВКД) виявили наступні зміни в провідних шляхах: при гліомах з Gr II: зміщення — 27 (73%); пухлинна інвазія та/або набряк — 15 (40,5%); руйнування — 3 (8,1%); здавлення — 3 (8,1%); при гліомах з Gr III: зміщення — 27 (60%), пухлинна інвазія та/або набряк — 24 (53,3%), руйнування — 12 (26,7%), набряк — 4 (8,9%), здавлення — 2 (4,4%); при гліомах з Gr IV: зміщення — 35 (57,4%), пухлинна інвазія та / або набряк — 30 (49,2%), руйнування волокон шляху — 16 (26,2%), набряк — 19 (31,1%).

Висновки. Зміщення та здавлення провідних шляхів переважно діагностовано при гліомах з Gr II. Руйнація волокон шляхів переважно виявлена при гліомах з Gr III та Gr IV. Набряк провідного шляху частіше спостерігався при гліомах з Gr IV. Пухлинна інвазія та/або набряк шляху в значній кількості спостережень виявлено при всіх гістологічних типах пухлин, але переважали при гліомах з Gr III та Gr IV.

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ РЕВАСКУЛЯРИЗУЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ СУДИННІЙ ПАТОЛОГІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЗА ДАНИМИ МСКТ-АНГІОГРАФІЇ ТА МСКТ-ПЕРФУЗІЇ

Робак О.П., Гарматіна О.Ю., Робак К.О., Яковенко І.Л., Зябченко В.І.

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. А.П.Ромоданова НАМН України», м. Київ, Україна

Реваскуляризуючі операції на судинах головного мозку застосовуються як при набутій, так і вродженій патології судин головного мозку, що можуть призвести до порушень мозкового кровообігу. До них відносять накладання міжартеріальних анастомозів та встановлення стентів.

Мета дослідження — оцінити результативність реvasкуляризуючих оперативних втручань на судинах головного мозку за допомогою МСКТ-ангіографії (МСКТАГ) та МСКТ-перфузії (МСКТП).

Матеріали та методи. Проведено аналіз 56 історій хвороб пацієнтів з церебро-васкулярною патологією (з хронічною недостатністю мозкового кровообігу (ХНМК) — 38 випадків, з велетенськими артеріальними аневризмами судин великого артеріального кола — 18 випадків). Вік пацієнтів 26-77 років. Переважали чоловіки. МСКТАГ (n=56), МСКТП (n=8) виконувались за стандартними методиками. У пацієнтів з ХНМК виконувалося як накладання міжартеріального анастомозу (n=8), так і стентування магістральних судин (n=30). При велетенських аневризмах судин головного мозку встановлювався потоконаправляючий стент (n=18).

Результати та їх обговорення. За даними МСКТАГ результативність реvasкуляризуючої операції визначалась як позитивна при візуалізації судинного русла дистальніше втручання та констатації прохідності міжартеріального анастомозу, контрастування басейну реципієнтної судини. При стентуючих операціях визначали положення стента при аневризмах, оцінювали його прохідність, наявність виключення аневризми з кровотоку. При виконанні МСКТП позитивним результатом вважалося покращення показників церебральної гемодинаміки на боці патології за даними перфузійних карт.

Висновки. МСКТАГ та МСКТП є доступними і об'єктивними методами оцінки реvasкуляризуючих операцій на судинах головного мозку.