

ISSN 1993-1743

інформаційно-аналітичний бюлетень

РАДІОЛОГІЧНИЙ ВІСНИК



1-2 (66-67) 2018

РАДІОЛОГІЧНИЙ ВІСНИК

У номері:

Реєстраційне свідоцтво
КВ №18685-7485ПР від
"31" січня 2012 р.

Співвидавці

Асоціація радіологів
України
Всеукраїнська асоціація
рентгенологів
Національна медична
академія після-
дипломної освіти
імені П.Л. Шупика
Харківська медична
академія післядипломної
освіти
Інформаційно-видавниче
об'єднання "Медицина
України"

Адреса редакції

02222, Київ-222, а/с192
"Радіологічний вісник"

Підготовка до друку: ТОВ "ВІЦ" Медицина України"

Адреса видавництва:

02094, вул. Попудренко, 34
тел./факс (044) 503-04-39.
E-mail: uarctmrt@mail.ru

Редакція не завжди поділяє
погляди авторів.
Рукописи не повертаються.
За достовірність інформації та
зміст рекламних публікацій не-
суть відповідальність автори
статей та рекламодавці.
Всі права захищені. Передрук
матеріалів проводиться
тільки зі згоди видавців.

**Зміст номеру затвердже-
но на засіданні вченої
ради НМАПО
(Протокол №3 от
14.03.2018)**

Навчання радіологів має бути постійним	2
У світі радіології / В мире радиологии	
VII з'їзд Українського товариства радіаційних онкологів за участю міжнародних фахівців Іванкова В.С.	3
VI з'їзд Українського товариства фахівців з ядерної медицини Солодяникова О.І.	5
Осінні радіологічні ювілейні заходи Шармазанова О.П., Коваленко Ю.М.	6
Створено Українську асоціацію медичних фізиків (УАМФ) Зелінський Р.М.	9
Томосинтез в Україні стає доступнішим Коваленко Ю.М.	10
От малодозовой рентгенографии к малодозовому томосинтезу Мирошниченко С.И., Невгасимый А.А., Коваленко Ю.Н.	12
Радіаційна медицина / Радиационная медицина	
Влияние отдаленных эффектов ионизирующего облучения на темп старения и жизнеспособность человека (Хиросима и Нагасаки, Чернобыль и Фукусима). Лекция Ахаладзе Н.Г., Мечев Д.С., Авраменко А.И., Романенко Л.В.	16
Майстер-клас із ретроспективного формування та аналізу інтегрованих структурно-функціональних томографічних зображень у діагностиці пухлин головного мозку Коваль С.С., Макеев С.С., Щербіна О.В., Новікова Т.Г.	21
Особливості організації та влаштування кабінету комп'ютерної томографії Кобрин В.С.	25
Вітання / Поздравления	
Главному редактору інформаційно-аналітичного бюлетеня «Радіологічний вісник» професору Мечеву Д.С. – 75 лет!	30
Співчуття / Соболезнования	
Пам'яті Славнова Валентина Миколайовича (1924-2018)	32
Матеріали Конгресу / Материалы Конгресса	
Тези 6-го Національного конгресу з міжнародною участю «Радіологія в Україні», Київ, 28-30 березня 2018 року	34
Ассоциация радиологов Украины поддерживает план действий Европейского общества радиологии «EuroSafe Imaging Call For Action»	109
Плани навчальних курсів для радіологів на 2018 рік	31, 110
Мрії здійснюються – мріємо про Європейський конгрес радіологів – 2019!	111
Радіологічні видання	8, 11, 15, 29, 33

Результати та обговорення. У дослідженні перевірено гіпотезу щодо наявності впливу на локальний контроль (першої відповіді метастатичних утворень після СРХ) таких чинників, як: об'єм вогнища, кількість вогнищ, дифузія. Визначені показники ризику Hazard Ratio (HR), що дозволяє оцінити зміну інтенсивності подій першого регресу пухлини після СРХ під впливом зазначених чинників впливу:

- об'єм вогнища (см³) – HR=1,01 CL 95% [1,002, 1,015], p=0,009,
- кількість вогнищ (n) – HR=0,76, CL 95% [0,59, 0,98], p=0,036,
- дифузія (mm²/s, std. dev. 0,0001) – HR=3,23 CL 95% [1,11, 9, 36], p=0,031.

Висновок. У висновку можна підсумувати таке: а) встановлено статистично значущий вплив досліджуваних чинників на першу відповідь метастатичних утворень після СРХ; б) показник дифузії найбільш суттєво впливає на ризики першої відповіді пухлини на СРХ порівняно з такими чинниками, як кількість та об'єм вогнищ.

СЦИНТИГРАФІЧНА ОЦІНКА ПОСТІНФАРКТНИХ ЗМІН МІОКАРДА ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ

Бабкіна Т.М., Кундіна В.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

Державна установа «Інститут серця МОЗ України», Київ

Вступ. У діагностиці постінфарктних змін міокарда та площі ураження лівого шлуночка серця застосовують комплекс функціональних та променевих методів дослідження. Функціональна діагностика дозволяє оцінити наявність постінфарктних змін, їх важкість, але щодо площі ураження міокарда має обмежене застосування. У цьому випадку на допомогу лікарю приходять променеві візуалізуючі методики, такі як МРТ, КТ, та радіонуклідні: однофотонна емісійна комп'ютерна томографія (ОФЕКТ) і позитронно-емісійна томографія (ПЕТ). Радіонуклідні методи для оцінки постінфарктних змін міокарда є більш фізіологічними і вірогідними порівняно з іншими методами. Основною методикою є ОФЕКТ як найбільш поширений і менш вартісний порівняно з ПЕТ. За даними літератури, у діагностиці уражень міокарда лівого шлуночка дослідження за допомогою ПЕТ не мають значних переваг порівняно з ОФЕКТ.

Мета — оцінити діагностичні можливості міокардіосцинтиграфії в режимі ОФЕКТ у визначенні постінфарктних змін міокарда лівого шлуночка та площі його ураження.

Матеріал і методи. Обстежено 45 пацієнтів із постінфарктним кардіосклерозом різної локалізації. Ураження зони правої коронарної артерії діагностовано у 17 (37,7%) хворих; правої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії — у 12 (26,7%) хворих; лівої огинаючої гілки лівої коронарної артерії — у 10 (22,2%) хворих та ураження двох артерій — у 6 (13,4%) хворих. Середній вік хворих становив 59,5±7,1 року. Усім хворим попередньо проведено повний комплекс клініко-лабораторних і функціо-

нальних досліджень. Міокардіосцинтиграфію в режимі ОФЕКТ проводили на гамма-камері Infinia Hawkeye фірми GE (США) за стандартною методикою: орбіта – циркулярна, кут оберту – 180°, положення детекторів під кутом 90° (L-mode позиція), коліатор високої роздільної здатності, матриця — 64x64, кількість проєкцій – 60, час на проєкцію — 20 с. Положення пацієнта – на спині, руки закинута за голову. Радіофармпрепарат (РФП) — ^{99m}Tc-MIBI (метоксиізобутилізонитрил) вводили внутрішньовенно активністю 555-740 МБк. Дослідження починали через 30-45 хв. Протокол – одноденний у стані спокою. Променеве навантаження на пацієнта не перевищувало 3 мЗв. Обробку результатів міокардіосцинтиграфії здійснювали за допомогою програмного забезпечення ECToolbox та Myovation на робочій станції Xeleris. Міокардіосцинтиграми оцінювали якісно і кількісно. Кількісна обробка полягала у визначенні відсоткового вкладу накопичення РФП у кожному сегменті міокарда лівого шлуночка з використанням 17-сегментної моделі, а також площі ураження за кількістю сегментів і відсотка від накопичення РФП у міокарді, що оцінювали таким чином: 75-80% — норма; 65-74% — помірно знижене; 50-64% — знижене і менше від 50% — значно знижене (кардіосклероз). Площу постінфарктного ураження вираховували тільки у сегментах із накопиченням РФП менше від 50%.

Результати досліджень та їх обговорення. Так, при ураженні правої коронарної артерії постінфарктні зміни займали 5 сегментів міокарда (нижньоапикальний, нижньомедіальний, нижньобазальний, медіальний та базальний нижньоперетинковий) із площею ураження 32,7±5,4% при рівнях накопичення РФП 45,4±5,9% при нормі 79,8±3,7%. вісім сегментів мали рівень накопичення РФП від 65 до 75%, що оцінювалось як помірна ішемія. Чотири сегменти мали нормальний рівень накопичення РФП. При ураженні правої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії постінфарктні зміни займали 7 сегментів міокарда (передні: апікальний, медіальний, базальний, передньоперетинкові: базальний, медіальний, апікальний та верхівка) із площею ураження 43,7±5,1% при рівнях накопичення РФП 47,8±4,9%. П'ять сегментів мали рівень накопичення РФП від 65 до 75%, що оцінювалось як помірна ішемія. П'ять сегментів мали нормальний рівень накопичення РФП. При ураженні огинаючої гілки лівої коронарної артерії постінфарктні зміни займали п'ять сегментів міокарда (апікальний латеральний, передньолатеральні: базальний, медіальний та нижньолатеральні: базальний, медіальний) із площею ураження 34,3±7,2% при рівнях накопичення РФП 41,9±6,5. 5 сегментів мали рівень накопичення РФП від 65 до 75%, що оцінювалось як помірна ішемія. Сім сегментів мали нормальний рівень накопичення РФП. У хворих з ураженнями двох басейнів коронарних артерій постінфарктні зміни займали 9 і більше сегментів із площею ураження 65,8±6,8% при рівнях накопичення РФП 43,9±5,2%. Усі неуразнені сегменти мали рівень накопичення РФП на рівнях 65% і менше, що розцінювалось як виражена ішемія.

Висновки. Міокардіосцинтиграфія за технологією ОФЕКТ є високоінформативною методикою оцінки наявності ділянок ураження міокарда рубцевими змінами у хворих із постінфарктним кардіосклерозом.