

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
Асоціація радіологів України підтримує план дій Європейського 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

на отримана доза. Частота некрозу суттєво не зростає, якщо сумарна доза не досягла 100 Гр.

Результати досліджень та їх обговорення. З появою нових технологій, таких як IMRT, IGRT, SRS, SFRT, відкриваються нові можливості до лікування рецидиву високозлості пухлин головного мозку. Завдяки новітнім методикам опромінення можливо досягти максимальної конформності опромінення, що зменшує об'єм опромінених тканин та знижує ймовірність пізніх побічних ефектів.

На сьогодні не існує стандартних протоколів щодо повторного опромінення пухлин головного мозку. Однак може бути обрана група пацієнтів, для яких повторне опромінення буде безпечним та ефективним підходом. Пацієнти обираються за такими критеріями, що дозволяють зменшити ризик токсичності: розмір новоутворення до 4-5 см; попередній курс опромінення — не менше ніж 1 рік, з урахуванням підведеної дози; зважаємо на загальний стан пацієнта та потенційний вплив на якість його життя.

Нині повторно проліковано 5 пацієнтів із рецидивом гліом високого ступеня злості. Обсяг опромінення визначався так: GTV – ложе видаленої пухлини та/або ділянка контрастного накопичення в режимі T1; CTV = GTV + 5-10 мм; PTV = CTV + 1-3 мм. Трьох пацієнтів проліковано за методикою IMRT і 2 пацієнтів за методикою SFRT. Підводилась СОД – 40 Гр за 20 сеансів (3 пацієнти), СОД – 35 Гр за 10 сеансів (1 пацієнт), СОД – 30 Гр за 6 сеансів (1 пацієнт). Доза обиралась залежно від об'єму та загального стану хворого. Лікування проводилось із конкурентним застосуванням TMZ. У 2 із 5 пацієнтів, з групи СОД – 40 Гр за 20 фракцій, продовжений спостерігався через 6 і 3 міс. Загальна виживаність даних пацієнтів становила 24 і 38 міс. відповідно. Три пацієнти перебувають під подальшим спостереженням. Час від початку захворювання становить 34, 25, 18 міс.

Попередні отримані нами дані свідчать про підвищення загальної виживаності та безпечність даного методу. Дослідження триває.

Висновки

Підвищення рівня загальної виживаності пацієнтів із рецидивуючою гліобластою можна досягти завдяки повторному опроміненню.

Повторне опромінення безпечно для правильно відібраної категорії пацієнтів.

Комбінація повторного опромінення та системної терапії є важливою складовою у лікуванні пацієнтів із рецидивуючою ГБ та потребує подальшого вивчення.

БРАХІТЕРАПІЯ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИН ШКІРИ НА АПАРАТІ GAMMAMED

Соколовська М.В.¹, Івчук В.П.¹, Єфремова Н.А.², Синюшкіна Л.М.², Овсієнко О.В.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, Київ

²Київський міський клінічний онкологічний центр, Київ

Вступ. Злості пухлини шкіри є однією з поширених пухлин і посідають друге місце в структурі онкологічної захворюваності України. Також

спостерігається щорічний приріст цих захворювань. Актуальним є лікування пухлин шкіри, локалізованих у ділянці голови та шиї, оскільки близькість життєво важливих структур утруднює технічне виконання лікувальних маніпуляцій.

Перевагу у виборі тактики лікування пацієнтів із даною патологією в ділянці голови та шиї має променева терапія. Останніми роками в Україні поширюється брахітерапія.

Мета роботи: оцінити можливості та ефективність аплікаційного опромінення в лікуванні злості пухлин шкіри.

Матеріали та методи. У Київському міському клінічному онкологічному центрі (КМКОЦ) аплікаційну брахітерапію проводять на апараті GammaMed Plus з радіоактивним джерелом ¹⁹²Ir (73.83 days, 380 keV). Для кожного хворого планували індивідуальне лікування з урахуванням локалізації пухлини, розміру, форми її росту, ступеня поширення, гістологічної структури. Брахітерапію застосовували як:

- самостійний метод лікування;
- у поєднанні з дистанційним опроміненням (глибока рентгентерапія, телегамма-терапія);
- компонент комбінованого лікування в післяопераційному періоді.

Для опромінення шкіри використовували аплікатори типу Leipzig діаметром від 15-40 мм залежно від розміру патологічного вогнища. Розподіл поглинених доз у пухлині та навколошкірних тканинах, час опромінення розраховували на плануючій системі BrachyVision 6.5. Нормування дози відбувається на поверхню або основу пухлини (3-5 мм) залежно від глибини інфільтрації прилеглих тканин.

Результати та їх обговорення. Ми провели аналіз лікування 55 хворих із злості пухлинами шкіри I-III стадій. Пацієнти віком від 37 до 87 років, середній вік – 67 років. У 33 (60%) хворих морфологічно підтверджено базальноклітинний рак шкіри, у 20 (36,4%) – плоскоклітинний, у 2 (3,6%) осіб діагностовано дерматофібросаркому.

При аплікаційному опроміненні разова осередкова доза (РОД) становила 4 Гр. При I стадії пухлинного процесу, залежно від морфологічної структури пухлини, сумарна осередкова доза (СОД) = 40-48 Гр (58,82-70,59 BED), що відповідає еквівалентній дозі 2 Гр (EQD₂) = 47,62-57,14 Гр. При II-III стадіях пухлинного процесу на I етапі променевого лікування від дистанційного опромінення СОД становила 36-40 Гр, а на II етапі здійснювали брахітерапію РОД = 4 Гр, СОД = 20-24 Гр (29,41-35,29 BED), що відповідає EQD₂ = 23,01-28,57 Гр. Сумарно за два етапи поглинена доза становила 60-64 Гр. У випадках післяопераційного курсу брахітерапія проводилась РОД = 4 Гр, СОД = 40 Гр (58,82 BED), що відповідає EQD₂ = 47,62. Нормування дози відбувалося на поверхню.

Під час променевого лікування і в ранній післяпроменевої період (до 3 місяців спостереження) ускладнень лікування не відмічалось. У період подальшого нагляду – від 1 до 4 років у 5 (9,1%) хворих діагностовано рецидив захворювання. Це були пацієнти з III стадією пухлинного процесу і хвора з дерматофібросаркомою. Серйозних місцевих променевих ускладнень не відмічалось.