

стадированим, оцінці результатів лікування, рестадированим.

**Висновки.** Комплексне використання МРТ і ФДГ ПЭТ/КТ в складних ситуаціях дозволяє значно підвищити чутливість в виявленні метастатичної аденопатії; достовірно дифференціювати постлучеві зміни з локальними рецидивами; достовірніше відслідковувати результати хіміо/лучевої терапії. Методи доповнюють друг друга в оцінці постопераційних змін.

### МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ДАНИХ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ ДЛЯ ПЛАНУВАННЯ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

*Сафронова О.В., Удатова Т.В., Кметюк Я.В.*

*КЛ «Феофанія» ДУС,*

*Всеукраїнський центр радіохірургії, м. Київ*

**Вступ.** При місцевопоширеному раку передміхурової залози (РПЗ) та, за наявності протипоказань до оперативного втручання, – при локалізованій формі, дистанційна променева терапія (ДПТ) є основним радикальним методом лікування. Після впровадження класифікації А. D'Amico (1998) по групах ризику Європейська школа терапевтичних радіотерапевтичних онкологів (ESTRO) сумісно з Європейською асоціацією урологів (EAU) визначили рекомендації про доцільність ескалації дози у пацієнтів високого ризику з пролонгацією гормонотерапії до двох-трьох років. Для встановлення діагнозу для визначення групи ризику та вибору адекватної тактики лікування необхідно точно оцінити ступінь поширеності пухлинного процесу. У 1981 році J. McNeal описав зональну анатомію передміхурової залози, що мало велике значення для діагностування патологічних процесів у цьому органі за даними магнітно-резонансної томографії (МРТ). Застосування програм придрушення жиру, а також внутрішньовенних парамагнітних контрастних речовин, які містять гадоліній, дало змогу значно підвищити діагностичну точність методу.

**Мета.** Метою нашої роботи був зіставлений аналіз даних, отриманих при біопсії простати та МРТ малого таза з контрастним підсиленням у пацієнтів, хворих на РПЗ, для визначення груп ризику. Також ми оцінювали можливості МРТ для допомоги в плануванні променевої терапії.

**Матеріали та методи.** Нами був впроваджений комплексний підхід для стратифікації 174 пацієнтів, хворих на РПЗ, за групами ризику: контроль ініціального рівня простатичного специфічного антигену (ПСА) в сироватці крові, оцінка результатів біопсії з уточненням гістопатологічного індексу за Глісоном та даних МРТ малого таза для визначення тактики подальшого лікування.

**Результати досліджень та їх обговорення.** За даними аналізу рівня ініціального ПСА та даних біопсії, розподіл пацієнтів за групами ризику ставив: 24 (13,8%) пацієнтів низького ризику, 58 (33,3%) проміжного ризику та 92 (52,9%) — високого ризику. Під час оцінки даних МРТ виявлено повне співставлення у пацієнтів низького та високого ризику та певні розбіжності в групі пацієнтів проміжного ризику. Незважаючи на відсутність ознак за даними біопсії, при інтерпретації МРТ виявлені: вихід за межі кап-

сули у 8 (14,8%) пацієнтів та наявність інвазії в сім'яні міхурці у 6 (11,1%) хворих, у 4 із них були виявлені зміни в лімфатичних вузлах малого таза вторинного генезу. Тобто, 14 (25,9%) пацієнтам із групи проміжного ризику було змінено групу на «високий ризик» та внесені корективи у програму лікування у вигляді ескалації дози променевої терапії (до 80,0 Гр), а також пролонгації режиму гормонотерапії (зміна строків з 6 місяців до 2 років). Важливою ознакою за даними МРТ для планування променевої терапії та вибору режиму фракціонування була наявність супутньої доброякісної гіперплазії передміхурової залози. При великих розмірах, коли передміхурова залоза вдавалась у просвіт сечового міхура більш ніж на 0,8 см, а її об'єм перевищував 80 см<sup>3</sup>, лікування проводилось класичним фракціонуванням з РОД по 2,0 Гр до СОД на передміхурову залозу 74,0-80,0 Гр, СОД на лімфатичні вузли малого таза – від 46,0 до 50,0 Гр. При невеликих розмірах, коли передміхурова залоза вдавалась у просвіт сечового міхура менш ніж на 0,8 см, а її об'єм не перевищував 80 см<sup>3</sup>, лікування проводилось з гіпофракціонуванням за методикою інтегрованого бусту з РОД на передміхурову залозу 2,5 Гр до досягнення СОД 67,5-70,0 Гр (що ізоєфективно 76,0-80,0 Гр стандартного фракціонування) з одночасним опроміненням лімфатичних вузлів малого таза до 46,0-50,0 Гр. Діагностична МРТ набагато підвищувала точність оконтурювання у плануючій системі через можливість чіткого розмежування пухлинного вогнища при використанні методики суміщення зображень (fusion).

**Висновки.** Застосування МРТ малого таза з контрастним підсиленням у комплексі з визначенням рівня ПСА в сироватці крові та даними біопсії створюють можливість точного стадіювання пухлинного процесу у пацієнтів хворих на РПЗ. Особливо це актуально у пацієнтів, проміжного ризику через існуючий ризик хибнопозитивних результатів біопсії та можливої заниження стадії, що призводить до вибору неправильної тактики лікування. У нашому дослідженні у 25,9% пацієнтів була змінена програма лікування: у вигляді ескалації дози променевої терапії (з 76,0 до 80,0 Гр) та зміни строків проведення тривалої гормонотерапії (з 6 місяців до 2 років). Використання даних МРТ малого таза допомагало у виборі персоналізованої тактики лікування при плануванні променевої терапії через можливість точного оконтурювання запланованого об'єму опромінення, вимірювання об'єму передміхурової залози та визначення необхідного режиму фракціонування дози.

### РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПУХЛИНИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ З ВИКОРИСТАННЯМ РАДІОХІМІОТЕРАПІЇ В РІЗНИХ РЕЖИМАХ ФРАКЦІОНУВАННЯ ДОЗИ ОПРОМІНЕННЯ

*Старенький В.П., Сухіна О.М., Артюх С.В.  
Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва  
НАМНУ, м. Харків*

**Вступ.** Незважаючи на розробку нових технологій променевої терапії, результати лікування хворих на рак голови та шиї залишаються далекими від задовільних, що привело вчених до розробки нових схем хіміопротекторної терапії з використанням нетрадиційних режимів фракціонування дози опромінення.