

міжнародним та європейським законодавством, створенню належних умов для підготовки, перепідготовки та підвищення кваліфікації медичних працівників у вищих навчальних закладах та закладах післядипломної освіти на території України [5].

Нагальні проблеми в розділі «Освіта спеціалістів з ядерної медицини» в Україні.

1. Спеціальність «радіонуклідна діагностика», яка на сьогодні присутня в медичному класифікаторі спеціальностей МОЗ України, не відповідає сучасному рівню і розвитку цієї дисципліни; в усьому світі вона має назву «ядерна медицина» і включає 3 великих розділи: радіонуклідну діагностику, радіонуклідну терапію, радіоімунологічну діагностику.
2. Окремо треба вирішувати питання підготовки і підвищення кваліфікації спеціалістів, які працюють і будуть працювати з мультимодальними технологіями (ПЕТ-ОФЕКТ-КТ, ПЕТ-КТ, ПЕТ-МРТ та ін.); ПЕТ – це новітня технологія ядерної медицини, і працювати в цій галузі повинні не ПЕТ/КТ-спеціалісти, а спеціалісти з ядерної медицини.
3. Навчання студентів основам ядерної медицини повинно відбуватися протягом усього періоду перебування їх у вузі на більшості клінічних дисциплін; такий підхід бажано реалізувати і при підвищенні кваліфікації лікарів інших спеціальностей (а не тільки ядерних медиків) [9].
4. На жаль, у багатьох ВНЗ України підготовка студентів зі спеціальності «ЯМ» взагалі не проводиться або проводиться формально; це пояснюється відсутністю в областях радіонуклідних лабораторій і тим самим відсутністю спеціалістів підготовлених як викладачів; на це явище треба звертати особливу увагу.
5. Сьогодні треба чітко знати, що ядерна медицина – це високорозвинена в багатьох країнах спеціальність (щорічні європейські з'їзди під егідою EANM відвідують, як правило, більш ніж 5 тисяч спеціалістів), і 140-150 спеціалістів України явно недостатньо для подальшого розвитку цієї вкрай важливої для медицини спеціальності.

Висновки. Ефективне рішення проблем охорони здоров'я потребує адекватного високого рівня фахової підготовки спеціалістів для ядерної медицини, проведення цілеспрямованих організаційно-методичних та психолого-педагогічних заходів в усіх розділах підготовки лікаря-радіолога, пріоритетом яких є підвищення кваліфікації та практичних фахових умінь, широке використання у навчально-виховному процесі інноваційних технологій навчання.

ЗАСТОСУВАННЯ МАРКЕРА СА 15-3 ДЛЯ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ТА МОНІТОРИНГУ РАДІОНУКЛІДНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Фірсова М.М.¹, Полякова Н.І.², Кащенко О.І.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кафедра радіології,
м. Київ, Україна

²Київський міський клінічний онкологічний центр,
радіологічне відділення відкритих ізотопів,
м. Київ, Україна

Вступ. Метастатичне ураження кісток за даними автоспії найбільше виявляють у хворих на рак молочної залози. За відсутності метастазів у інші органи і системи саме у цих пацієнтів множинна кісткова дисемінація набуває характеру хронічного перебігу, а отже, ефективний моніторинг упродовж життя має особливе значення. Наразі СА 15-3 визнано дуже важливим маркером при спостереженні хворих на рак молочної залози, адже його редукція більше ніж 20% передбачає збільшення часу до появи прогресії хвороби.

Матеріали та методи. Досліджено 40 жінок із діагнозом «рак молочної залози, множинні кісткові метастази». Середній вік — 53 роки. Визначення рівня маркера проводилось за стандартною методикою методом імуноферментного аналізу. Дослідження проводилось до застосування радіонуклідної терапії — як першого, так і наступних курсів. Дані виміру маркера СА15-3 співставляли з даними об'єктивних інструментальних досліджень (сцинтиграфії, КТ, ПЕТ/КТ, МРТ, УЗД).

Результати та їх обговорення. Із 40 пацієнток зростання маркера СА15-3 перед першим курсом радіонуклідної терапії відмічалось протягом року в 37 (92,5%). Дані подальшої динаміки метастатичного процесу узгоджувались із сироватковим рівнем СА 15-3 відповідно до перебігу захворювання – прогресування, ремісія чи позитивні зміни. Важливо, що самостійне зростання рівня маркера за відсутності змін у кістковій системі при спостереженні за хворими в процесі радіонуклідної терапії може свідчити про появу додаткових метастатичних вогнищ поза кістковою системою. Таких хворих на різних етапах лікування виявлено 7 (додаткові метастатичні ураження: 2 — в легені, 3 — в печінку, 2 — в легені і печінку).

Висновки. СА 15-3 є важливим діагностичним показником для оцінки розповсюдженості метастатичного процесу і може бути рекомендований як об'єктивний маркер моніторингу радіонуклідної терапії. У хворих із множинними кістковими метастазами самостійне зростання маркера СА 15-3 може вказувати на появу додаткової некісткової дисемінації, що може бути протипоказанням до повторних курсів.