

# МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ДАНИХ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ІНДИВІДУАЛЬНОМУ ПЛАНУВАННІ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

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

*КЛ «Феофанія» ДУС  
Всеукраїнський центр радіохірургії*

**Вступ.** При місцево-поширеному раку передміхурової залози (РПЗ) та при наявності протипоказань до оперативного втручання (при локалізованій формі) дистанційна променева терапія (ДПТ) є одним із основних методів лікування. Згідно з рекомендаціями про доцільність ескалації дози ДПТ у пацієнтів, хворих на РПЗ високого ризику, необхідно точно оцінити ступінь поширеності пухлинного процесу.

**Мета дослідження:** провести співставний аналіз даних, отриманих при біопсії простати та магнітно-резонансної томографії (МРТ) малого таза у пацієнтів, хворих на РПЗ, для визначення груп ризику. Оцінити можливості МРТ при плануванні ДПТ.

**Матеріали та методи дослідження.** Було впроваджено комплексний підхід для стратифікації 174 пацієнтів, хворих на РПЗ, за групами ризику: оцінка ініціального ПСА, результатів біопсії з уточненням індексу за Глісоном та даних МРТ малого таза для визначення тактики лікування.

**Результати та їх обговорення.** За даними аналізу рівня ініціального ПСА та даних біопсії, розподіл пацієнтів за групами ризику склав: 24 (13,8%) пацієнти низького ризику, 58 (33,3%) проміжного ризику та 92 (52,9%) високого ризику. При оцінці даних МРТ виявлено співставність у пацієнтів низького та високого ризику та розбіжності в групі проміжного ризику. Незважаючи на відсутність ознак за даними біопсії, при інтерпретації МРТ виявлені: вихід за межі капсули у 8 (14,8%) пацієнтів та наявність інвазії в сім'яні міхурці у 6 (11,1%) хворих, у 4 з них були виявлені зміни в лімфа-

тичних вузлах малого таза (ЛВМТ) вторинного генезу. Тобто, 14 (25,9%) пацієнтам було змінено групу на «високий ризик» та внесені корективи у лікуванні у вигляді ескалації дози (до 80,0 Гр), а також рекомендована пролонгація гормонотерапії (з 6 місяців до 2 років). Дані МРТ використовували для планування ДПТ та вибору режиму фракціонування. У ситуації, коли простата 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 простату 76,0–80,0 Гр, при необхідності, опромінювались ЛВМТ. При невеликих розмірах простати лікування проводилось за методикою інтегрованого бусту з РОД на простату 2,5 Гр до СОД 67,5–70,0 Гр (ізоєфективно 76,0–80,0 Гр стандартного фракціонування), за потребою, з одночасним опроміненням ЛВМТ. Діагностична МРТ набагато підвищувала точність оконтурювання у плануючій системі через можливість чіткого розмежування пухлинного вогнища при використанні методики суміщення зображень (fusion).

**Висновки.** 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 простати та визначення режиму фракціонування дози. У нашому дослідженні у 25,9% пацієнтів була змінена програма лікування: у вигляді ескалації дози променевої терапії (з 76,0 Гр до 80,0 Гр) та зміна строків проведення тривалої гормонотерапії (з 6 місяців до 2 років).