

випадків доброякісних утворень (фіброаденоми – 36,8%, фіброаденоми в стадії росту та формування – 29,8%, та кісти із густим вмістом – 33,3%). У 71 (8,7%) жінки був виявлений вузловий фіброаденоматоз різного ступеня вираженості.

Під час III етапу після реконструкції графіків для 21 (29,1%) випадка було характерно накопичення за I типом злоякісності, у 12 (16%) випадках — за II типом.

IV етап та гістологічна верифікація підтвердили низький відсоток помилкових діагнозів (3 хибнопозитивні та 4 хибнонегативні випадки).

Висновки. Розроблений алгоритм комплексної променевої діагностики захворювань грудних залоз дозволяє підвищити точність диференційної діагностики та зменшити кількість діагностичних помилок та більш об'єктивно визначати обсяг хірургічного втручання.

КОНТРОЛЬ РАДІАЦІОННОЇ БЕЗОПАСНОСТІ В УЧРЕЖДЕННЯХ ЗДРАВООХРАНЕННЯ

Куликова Ф.И., Уманов В.И.

*Днепропетровская областная клиническая
больница им. И.И. Мечникова
г. Днепр, Украина*

Вступление. В настоящее время радиационная безопасность обеспечивается большим количеством документов, как-то: приказы, положения, журналы, инструкции и пр. Особое значение имеют разрешительные документы для эксплуатации источников ионизирующего излучения (ИИИ) — лицензия на право работы с ИИИ; санитарный паспорт кабинета; технический паспорт рентгеновского кабинета (кабинета лучевой терапии).

Цель работы — проанализировать роль рентгено-радиологических отделений в системе обеспечения радиационной безопасности в медицинских учреждениях Украины.

Материалы и методы. В докладе обобщается 26-летний опыт работы областного рентгено-радиологического отделения в Днепропетровской области (с 2011 года – Областного центра радиационной безопасности и медицинской радиологии).

Результаты. Согласно приказу МЗ Украины № 340 от 26.11.97. отделение в полном объеме выполняло контролирующие, методические и консультативные функции, тесно сотрудничая с государственной службой Украины по вопросам безопасности пищевых продуктов и защиты потребителей (бывшей СЭС) и органами государственной инспекции ядерного регулирования.

В настоящее время плановый и оперативный радиационный контроль, осуществляемый ОРПО в подразделениях здравоохранения, эксплуатирующих ИИИ, позволяет оценить условия защиты персонала. Все протоколы радиационного контроля, выдаваемые нашим Центром, разработаны на основании действующих санитарных правил и методических указаний НИИ мед. радиологии им. С.П. Григорьева. Кроме того, все большее значение приобретают методические и консультативные функции ОРПО, как то: создание унифицированных инструкций, помощь в подготовке пакета документов для лицензирования на право использования ИИИ и т.п. Особое внимание уделяется в последние годы измерению выходных (дозоформирующих) параметров рентге-

наппаратов. Для бюджетных медицинских учреждений этот пункт радиационного контроля и обеспечения радиационной безопасности пациентов и персонала может выполняться рентгено-радиологическими отделениями.

Выводы. С учетом всего вышеизложенного считаем необходимым отметить, что в условиях реформирования здравоохранения Украины роль ОРПО не уменьшается, но напротив – должна оставаться ведущей в системе контроля радиационной безопасности.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫХ СТРОМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ С ПОМОЩЬЮ МДКТ-ЭНТЕРОГРАФИИ

*Кульпина Е.А., Мангов А.В., Завгородняя В.А.,
Инюточкина И.А., Курилов Д.И., Куркчи В.С.
Европейский Радиологический Центр,
ООО «Гемо Медика Харьков», г. Харьков,
Украина*

Цель — определить радиологические характеристики гастроинтестинальных стромальных опухолей (ГИСО) путем оптимизации диагностики с помощью контрастно-усиленной МДКТ-энтерографии.

Материалы и методы. С января 2014 г. по январь 2016 г. был выявлен 71 пациент с характерными для гастроинтестинальных стромальных опухолей КТ-признаками. Всем пациентам проведена 64-срезовая компьютерная томография с в/в контрастным усилением, а также пероральным контрастированием желудка и кишечника раствором полиэтиленгликоля 4000 (ДИАГНОЛ®) по схеме приема в течение 60-90 мин дробно до исследования. Для оценки желудка, кишечника и паренхиматозных органов проводилось трехфазное сканирование в позднюю артериальную фазу (на 40-й секунде от начала в/в введения контрастного вещества), порталную фазу (на 70 сек) и отсроченную фазу (на 3-5-й минуте) с коллимацией 64x0,6 мм, интервалом реконструкции 0,4 мм. Объем внутривенного неионного рентгеноконтрастного вещества йогексол (Томогексол) составлял 100-120 мл, скорость введения — 4 мл/с.

Оценка полученных данных МДКТ проводилась на стандартных рабочих станциях с возможностью построения мультипланарных реконструкций и различных алгоритмов постпроцессинга (Mean, MIP, MinIP, VR) минимум двумя радиологами центра; определяли локализацию, количество, размеры гастроинтестинальных стромальных опухолей, их расположение внутри или вне просвета органа, инвазию прилежащих структур, наличие обструктивной кишечной непроходимости, а также наличие отдаленных метастазов.

Результаты. У 39 (54,9%) пациентов опухоль локализовалась в желудке, из них у 15 пациентов была выявлена внутрипросветная локализация и у 24 пациентов — внепросветная.

У 24 (33,8%) пациентов опухоль локализовалась в тонкой кишке (двенадцатиперстная — 11 (15,5%) пациентов, тощая — 7 (9,8%) пациентов и подвздошная — 6 (8,5%) пациентов), из них внутрипросветные опухоли выявлены у 10 пациентов, внепросветные — у 14 пациентов.