

**Таблиця**  
**Характеристика хворих, пролікованих**  
**у відділенні радіонуклідної діагностики**  
**та терапії КЗ «КООД» за період 2013- 2016 р.**

Рік	Кількість хворих	I-II стадія	III стадія	IV стадія	К-ть хворих, які отримали спец. лікув.	Рецидиви
2013	92	65	17	4	113	7
2014	119	87	15	10	127	8
2015	133	94	25	6	157	8
2016	144	102	29	13	168	10

### **ПОБУДОВА СИСТЕМИ УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ЦЕНТРУ ПЕТ/КТ ДОСЛІДЖЕНЬ**

*Кметюк Я.В., Солодянникова О.І., Ашихмін А.В.*  
*Всеукраїнський центр радіохірургії*  
*із застосуванням ПЕТ-технологій*  
*Клінічної лікарні «Феофанія»,*  
*Національний інститут раку, м. Київ*

**Вступ.** Позитронно-емісійна томографія посідає особливе місце серед радіологічних методів. На відміну від КТ і МРТ, що орієнтовані на морфологічні зміни, визначає метаболічний статус ЗН та дозволяє локалізувати і візуалізувати ЗН малого розміру 3-5 мм у всьому тілі пацієнта. Питання технічного обґрунтування дії ПЕТ, використання РФП та визначення діагностичної цінності даного методу для діагностики ЗН різних локалізацій у літературі висвітлені досить повно, хоча, безсумнівно, вимагають і подальшого вивчення. У США приблизно близько 2000 позитронно-емісійних томографів, причому вони розміщуються і у звичайних, і у спеціалізованих центрах ПЕТ (їх понад 300). Така кількість ПЕТ у США зумовлено тим, що понад 500 медичних страхових компаній країни включили цей вид послуг у свої програми медичного страхування. В Європі встановлено понад 450 позитронно-емісійних сканерів. Щорічно у світі відкривається близько 20 центрів ПЕТ, їх кількість вже перевищила 500, а загальне число ПЕТ-сканерів понад 4000 штук. У країнах Європейського союзу кількість сканерів коливається від 15 у Республіці Польща до 70 у Федеративній Республіці Німеччина.

**Матеріал та методи.** У даній роботі в основному описується власний досвід побудови системи управління якістю центру ПЕТ/КТ-досліджень на базі Всеукраїнського центру радіохірургії КЛ «Феофанія» з урахуванням актуальних рекомендацій Європейського товариства ядерної медицини та МАГАТЕ.

Забезпечення безпеки пацієнтів та управління якістю медичної допомоги (послуги) здійснювалось шляхом побудови системи управління якістю центру ПЕТ/КТ-досліджень (з урахуванням вимог ISO 9001:2015; ISO 9004:2015; ISO 13485:2015; ISO 15224:2016; ISO 15189:2015; ISO 31000:2009; GMP тощо).

В основі системи управління якістю центру ПЕТ/КТ-досліджень лежав процесний підхід до ПЕТ/КТ-обстеження (ключове місце займає матриця відповідальності та опис дій).

Нами розроблено матрицю відповідальності персоналу, типовий опис дій та визначені середні часові нормативи під час проведення локальної діагностичної процедури «порядок проведення ПЕТ/КТ-обстеження».

**Результати та їх обговорення.** Отримані нами результати дозволили обґрунтувати, розробити та впровадити структурно-функціональну модель СУЯ (системи управління якістю) центру ПЕТ/КТ досліджень. Зазначена структурно-функціональна модель СУЯ центру ПЕТ/КТ-досліджень інтегрує у собі вимоги галузевого нормативно-правового регулювання діяльності, а також вимоги та рекомендації низки міжнародних стандартів. До сильних сторін зазначеної моделі можна віднести: поєднання управлінської (управлінський облік), клінічної та логістичної складової. При цьому чітко визначаються та описуються процеси, моделі кінцевих результатів, зони відповідальності та матеріально-технічні, кадрові та фінансові ресурси. Зазначені складові дозволили нам у подальшому вперше в Україні розробити необхідні медико-технологічні документи для процедури ПЕТ/КТ-дослідження.

За результатами отриманих даних ми можемо здійснити нормування роботи медичного персоналу, який залучається до проведення ПЕТ/КТ-дослідження. Вивчення та оцінка складових елементів трудового процесу здійснювались одночасно із аналізом структури затрат робочого часу, яка необхідна для виконання визначених елементів/етапів ПЕТ/КТ-дослідження, і були підставою для обґрунтування показників нормування праці.

Детальний аналіз обстеження ПЕТ-КТ та окремих його етапів дозволив виявити критичні точки, що дало можливість краще організувати маршрут пацієнта і, як наслідок, збільшити кількість обстежень, що проводились між першим та другим збором даних.

**Висновки.** Впровадження у Всеукраїнському центрі радіохірургії моделі системи управління якістю гарантує безперебійне функціонування процесів, орієнтацію на споживача і, як наслідок, стабільну якість медичних послуг, які встановлюються вимогами до внутрішніх (профільних) та забезпечувальних процесів.

### **ВЛИЯНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЛИМФОДИССЕКЦИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНО-ЛОКАЛИЗОВАННОЙ МЕЛАНОМОЙ КОЖИ**

*Кукушкина М.Н., Сукач Г.Г.*  
*Национальный институт рака, г. Киев*

Результаты рандомизированных исследований по изучению влияния профилактической лимфодиссекции на общую выживаемость больных меланомой кожи неоднозначны. Ни одно из исследований не показало преимущества ее выполнения. Однако было продемонстрировано повышение общей выживаемости больных, подвергшихся профилактической лимфодиссекции, у которых были обнаружены метастазы в регионарных лимфоузлах, по сравнению с больными, которым была выполнена отсроченная (терапевтическая) регионарная лимфодиссекция после появления клинических признаков метастазирования. Эти данные

легли в основу концепції біопсії «сторожових» лімфатических вузлів як ідеального методу стандартизації меланоми шкіри.

Більшість пацієнтів з первично-локалізованою меланомою шкіри являються кандидатами для біопсії «сторожових» лімфатических вузлів. Факторами, існуючими прогностическе значення для появи метастазів в «сторожових» лімфатических вузлах, являються: товщина опухолі по Breslow, її ізязвлєння, рівень інвазії по Clark IV–V, вік хворого.

В частині, при товщині меланоми від 1 до 2 мм метастази в «сторожових» лімфатических вузлах виявляються в 12–19,7%, при товщині 2–4 мм — в 28–33,2% випадків, а при товщині більше 4 мм — в 28–44%.

Слід відзначити, що серед хворих з меланомою шкіри <1 мм метастази визначають в 0,94–5,5% випадків. Прогностическими факторами для появи метастазів при «тонких» меланомах являються: товщина опухолі по Breslow >0,75 мм, її ізязвлєння, рівень інвазії по Кларку IV–V, молодий вік, митотический індекс >0, відсутність опухоль-інфільтруючих лімфоцитів, чоловічий пол і регресія первичної опухолі. При «тонких» меланомах частота виявлення клінічески визначених метастазів вище частоти виявлення метастазів в «сторожових» лімфатических вузлах. Так, при товщині опухолі <0,75 мм вони складають 2,3 і 0,94% відповідно, а при товщині від 0,75 до 1,00 мм — 8,6 і 5,5%.

Наряду з товщиною опухолі, вік являється важливим прогностическим фактором для розвитку регіонарних метастазів. Інтересно, що збільшення віку асоціюється з гіршим прогнозом в відношенні загальної виживаємості і в той же час характеризується зменшенням частоти ураження регіонарних лімфатических вузлів. У пацієнтів старше 50 років частота ураження регіонарних лімфатических вузлів, в тому числі «сторожових», надійно зменшується по порівнянню з пацієнтами молодого віку. При цьому збільшується ризик виникнення віддалених метастазів.

Біопсія «сторожових» лімфатических вузлів при первично-локалізованій меланомі шкіри технічески достатньо проста.

Накануне операції виконується передопераційна лімфосцинтиграфія з використанням  $^{99m}\text{Tc}$ , який вводиться інтрадермально навколо опухолі, для ідентифікації регіонарного лімфоколектора і приблизительного місцонаходження «сторожових» лімфатических вузлів всередині нього. Коллоїд ізотопу фагоцитуються макрофагами всередині лімфатического вузла. Це утримує його в дренируючому вузлі і запобігає його дальнійшій пасажу по лімфатическим шляхам.

Лімфосцинтиграфія проводиться безпосередньо після введення ізотопу і через 2 години. Динаміческа лімфосцинтиграфія допомагає відізнати істинні «сторожові» лімфатическі вузли, в які входить безпосередній дренаж лімфи від первичної опухолі, від «несторожових» лімфатических вузлів, які можуть знаходитися поруч. Передопераційна лімфосцинтиграфія також дозволяє виявляти екстринеческі лімфатическі вузли, які виявляють при-

близькельно в 5–10% випадків при локалізації меланоми на шкірі кінчностей, в 30–32% випадків при локалізації на шкірі туловища і в 60% при меланомі шкіри голови і шиї. Крім того, лімфосцинтиграфія дозволяє виявити хворих, у яких відток лімфи виходить з 2 лімфоколекторів.

Таким чином, комплексне радіонуклідне дослідження у хворих з первично-локалізованою меланомою дозволяє вирішити проблему стандартизації і прогнозування дальнійшого метастазування опухолі.

### МИОКАРДИОСЦИНТИГРАФИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

*Бабкина Т.М., Кундина В.В.  
Национальная медицинская  
академия последипломного  
образования имени П.Л. Шупика*

**Введение.** Основой принятия решения о реваскуляризации миокарда (РМ) являются клиническая картина ишемической болезни сердца (ИБС), тяжесть и распространенность ишемии миокарда, ответ на медикаментозную терапию, а также распространенность поражения коронарных сосудов по данным коронароангиографии. Одним из важных моментов при оценке эффективности лечения является количество ишемизированного и жизнеспособного миокарда (ЖМ) до и после стентирования. В исследовании перфузии миокарда высокой информативностью обладает такая методика, как миокардиосцинтиграфия (МКСГ).

**Целью работы** было изучить возможности МКСГ в оценке эффективности РМ.

**Материалы и методы.** Нами обследован 21 пациент с острым инфарктом миокарда (ИМ). Обследованные пациенты были в возрасте от 42 до 75 лет (средний возраст —  $60,5 \pm 7,1$  года). Всем пациентам с острым ИМ была проведена коронароангиография со стентированием пораженной коронарной артерии. Все пациенты были обследованы до лечения и после стентирования в ближайшем периоде (3–5 дней). Радионуклидные исследования миокарда левого желудочка (ЛЖ) сердца проводили на гамма-камере Infinia Hawkeye фирмы GE (США). В качестве радиофармпрепарата (РФП) использовали  $^{99m}\text{Tc}$ -MIBI, который вводили внутривенно активностью 555–740 МБк. МКСГ выполняли в режиме однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ). Критериями отбора пациентов для данного исследования являлись больные после острого ИМ с обширной областью дисфункции и тяжелым поражением питающей коронарной артерии. Наличие ЖМ и эффективность его реваскуляризации оценивали по специальному программному обеспечению количественного и полуквантитативного подхода. Количественная оценка включала разделение миокарда на 17 сегментов и определение процента включения РФП в каждый сегмент.

**Результаты и их обсуждение.** У 12 пациентов с острым ИМ при МКСГ определялась зона сниженной перфузии (фиксация РФП на уровнях от 45