

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 метастазу 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 метастазу 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 стат 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 те ж 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}Tc , який вводиться інтрадермально навколо опухолі, для ідентифікації регіонарного лімфоколектора і приблизительного місця знаходження «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 відбувається 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-

близькості в 5–10% випадків при локалізації меланоми на шкірі кінцівок, 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 відбувається в 2 лімфоколектора.

Таким чином, комплексне радіонуклідне дослідження у хворих з первично-локалізованою меланомою дозволяє вирішити проблему стандартизації і прогнозування дальнішого 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}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

до 58%). Зона поражения миокарда занимала площу 32,3±5,6%. После стентирования в зоне сниженной перфузии кровоснабжение миокарда улучшалось в среднем на 40,2±4,8% и составляло от 63 до 71%, что расценивалось как умеренная или слабо выраженная ишемия. Зоны ИМ располагались в бассейнах правой коронарной артерии (ПКА) – 6 (50%) пациентов, правой межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (ПМЖВ ЛКА) – 4 (33,3%) пациента и у 2 (16,7%) пациентов в зоне огибающей ветви ЛКА (ОВ ЛКА).

У 9 пациентов зона поражения была большей и составляла в среднем 40,1±3,3%, при этом фиксация РФП варьировала от 40 до 50%, что расценивалось как значительно выраженная ишемия. У 5 пациентов процесс локализовался в зоне кровоснабжения ПКА (55,5%) и у 4 – в зоне ПМЖВ ЛКА (45,5%). После стентирования в зоне значительно сниженной перфузии кровоснабжение миокарда улучшалось в среднем на 22,8±6,4% и составило от 52 до 64%, что расценивалось как умеренная ишемия.

Выводы. Миокардиосцинтиграфия является высокоинформативной неинвазивной методикой у пациентов, нуждающихся в проведении реваскуляризации миокарда, для оценки эффективности результатов хирургического лечения.

ПРОГНОСТИЧНА ЦІННІСТЬ 18-ФДГ ПЕТ/КТ МЕТАБОЛІЧНИХ ТА ВОЛЮМЕТРИЧНИХ ПАРАМЕТРІВ ПРИ РЕЦИДИВІ КАРЦИНОМИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ У ХВОРИХ ПІСЛЯ РАДИКАЛЬНОГО КУРСУ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ

*Мусаєва К.О., Солодяникова О.І.,
Кметюк Я.В.*

*Національний інститут раку, м.Київ, Україна
Клінічна лікарня "Феофанія" ДУС, м.Київ,
Україна*

Мета. Метою цього дослідження є встановлення значення метаболічних та/або волюметричних даних позитронно-емісійної томографії з 18-фтор-дезоксиглюкозою (18-ФДГ ПЕТ/КТ) під час оцінки загальної виживаності пацієнтів із локальним чи локорегіонарним рецидивом карциноми голови та шиї.

Матеріали та методи. Виконано ретроспективний аналіз 18-ФДГ ПЕТ/КТ досліджень шістдесяті дев'яти пацієнтів із рецидивом плоскоклітинної карциноми голови та шиї після курсу радикальної променевої терапії. Проаналізовано наступні параметри фіксації радіофармпрепарату в патологічному вогнищі: максимальний стандартизований рівень накопичення (SUVmax), метаболічний об'єм пухлини (MTV), тотальний гліколіз вогнища (TLG); проведена кореляція отриманих даних із загальною виживаністю (OS) методом аналізу Каплан-Майєра.

Результати. Метаболічний пухлинний об'єм всього тіла (WB MTV) виявився найкращим предиктором виживання. Оптимальне порогове значення WB MTV було визначено з кривої робочої характеристики приймача (ROC-крива); поріг WB MTV дорівнює 21,5 см³. Середня виживаність групи пацієнтів із WB MTV менше ніж 21,5 см³ становить 28 місяців; тоді як середня виживаність групи пацієнтів із WB MTV більше ніж 21,5 см³ становить

10 місяців. Графік виживаності Каплан-Майєра демонструє значуще розщеплення кривих виживаності пацієнтів, розділених за пороговим значенням WB MTV. Наступний аналіз демонструє значне розщеплення кривих виживаності за локалізацією рецидиву (локальний, ізольований регіонарний, локорегіонарний), що зумовлено переважанням пацієнтів із найбільшим об'ємом рецидивної маси в групі локорегіонарних рецидивів. Також був проведений аналіз виживання в підгрупі з двадцяти чотирьох пацієнтів, які отримали повторний післярадикальний курс променевої терапії. Наявність чи відсутність курсу ре-ірадіації в плані паліативної терапії пацієнтів із рецидивом виявилась визначальним параметром, що демонструє рівень ризику (hazard ratio) HR 2,92 (95% CI: 1,16; 7,31; p=0,02) при регресивному аналізі Кокса, а також призводить до розщеплення кривих виживання.

Висновок. 18-ФДГ ПЕТ/КТ є надійним методом у визначенні ранніх та пізніх рецидивів карциноми голови та шиї у пацієнтів після радикального курсу променевої терапії. Однак, досі є невизначеними порогові значення метаболізму для прогностичної стратифікації даної категорії пацієнтів. Наш аналіз встановив, що метаболічний об'єм пухлинної маси рецидиву WB MTV має потенціал для оцінки загальної виживаності пацієнтів. Великий об'єм WB MTV (більше ніж 21,5 см³) корелює з низьким рівнем одно- та дворічної виживаності (56% пацієнтів не виживуть більше ніж 12 місяців). З іншого боку річна виживаність серед пацієнтів із малим об'ємом WB MTV (менше ніж 21,5 см³) становить не менше ніж 93,2%. Ці спостереження залишаються сталими навіть при врахуванні інших прогностичних чинників, включаючи наявність паліативної ре-ірадіації та локалізації рецидиву. Для встановлення прогностичної надійності визначеного порогового рівня метаболічного об'єму рецидиву в групі пацієнтів, яким буде проведена паліативна ре-ірадіація, необхідно проводити подальші дослідження з більшими вибірками.

ЗНАЧИМОСТЬ ДИНАМИЧЕСКОЙ РЕНОСЦИНТИГРАФИИ С ФУРОСЕМИДОВОЙ ПРОБОЙ В ОЦЕНКЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ С ГИДРОНЕФРОЗОМ

Новерко И.В., Кундин В.Ю., Сатыр М.В.

Государственное учреждение

«Институт сердца МЗ Украины», г. Киев

Введение. Методики радионуклидных исследований мочевыделительной системы получили всеобщее признание в мировой урологической практике благодаря уникальности, высокой чувствительности и точности. Физиологичность, неинвазивность и безопасность методов радионуклидной диагностики способствовали широкому их внедрению в урологическую практику для динамического мониторинга, оценки прогноза заболевания и эффективности лечения детей всех возрастов. Динамическая реносцинтиграфия (ДРСГ) с радиофармпрепаратами (РФП) клубочкового и канальцевого механизмов элиминации позволяет получить информацию о морфофункциональном состоянии почек, рассчитать основные функциональные характеристики (секрецию, экскрецию,