

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 (SUV<sub>max</sub>), 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 см<sup>3</sup>. Середня виживаність групи пацієнтів із WB MTV менше ніж 21,5 см<sup>3</sup> становить 28 місяців; тоді як середня виживаність групи пацієнтів із WB MTV більше ніж 21,5 см<sup>3</sup> 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 см<sup>3</sup>) 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 см<sup>3</sup>) 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,