

зентативну виборку доз у країні, що може бути використано в дослідженнях при встановленні та перегляді національних ДРР.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ АНОМАЛІЙ СПІВВІДНОШЕННЯ ЗУБНИХ ДУГ І ПОЛОЖЕННЯ ЗУБІВ У ДОРОСЛИХ

Сторожук Ю.О., Бабкіна Т.М.
Кафедра променевої діагностики НМАПО
ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Вступ. Конуснопроменева комп'ютерна томографія (КПКТ) зубощелепної ділянки – є основним методом променевого обстеження пацієнтів із аномаліями співвідношення і положення зубів у дорослих. Перевагою даного метода діагностики є не лише низьке променеве навантаження, а також висока інформативність зображення, що дозволяє виявляти як основне захворювання, так і супутню патологію. Ортодонтичне лікування у категорії пацієнтів віком від 35 до 45 років має не лише естетичне значення, а також є своєрідною функціональною підготовкою до проведення імплантації, реставрації, виправлення прикусу.

Мета — оцінити ефективність ортопантомографії (ОПТГ), телерентгенографії (ТРГ), КПКТ у діагностиці аномалій співвідношення зубних дуг і положення зубів у пацієнтів дорослого віку.

Матеріали та методи. Дослідження проводилися на конусно-променевому томографі Planmeca ProMax 3D із системою SmartPan, що використовується для проведення ортопантомографії (ОПТГ), телерентгенографії (ТРГ) пряма та бокова проекції). Обстежено 25 пацієнтів віком від 30 до 45 років, у яких було виявлено аномалії положення зубних дуг: дистальний, мезіальний, відкритий прикус, ретенювані та надкомплектні зуби, а також дисфункцію скронево-нижньощелепного суглоба (СНЩС). Усім пацієнтам було проведено стандартне обстеження — ОПТГ, ТРГ у боковій проекції. У 15 пацієнтів було діагностовано: ретенцію та дистопію зубів 1.8, 2.8, 3.8, 4.8, генералізований пародонтит; у 5 пацієнтів – порушення пневматизації гайморових пазух; у 2 пацієнтів – односторонню ретенцію клика; у трьох пацієнтів – наявність хронічного періодонтиту (гранулюючого, гранулематозного) та дисфункцію СНЩС. Дана група пацієнтів потребувала додаткового обстеження. Була проведена КПКТ двох щелеп, верхньої щелепи, сегменту (ділянка виявленого патологічного процесу) та лицьового відділу кісток черепа.

Результати. Після аналізу отриманих даних ортопантомограми, телерентгенограми, конусно-променевої комп'ютерної томограми у пацієнтів із аномаліями положення зубних дуг і співвідношення зубів у дорослому віці було встановлено, що КПКТ дає детальну оцінку стану кісткової тканини, оцінку положення ретенюваних, може дистопованих та надкомплектних зубів; діагностувати супутню патологію додаткових пазух носа, визначити наявність запальних процесів періодонту (стадія, розміри), асиметрію обличчя, що пов'язана з неправильним положенням зубів у зубному ряді, неоднаковими розмірами лівої, правої частин нижньої щелепи, неправильним положенням верхньої щелепи в черепі. КПКТ дозволяє

проводити кутові, лінійні вимірювання відношення вісі неправильно розташованих зубів до площини прикусу, нахил коренів зубів по відношенню один до одного. Перевагою досліджень, проведених на конуснопроменевому комп'ютерному томографі, є можливість перетворення із КПКТ, за допомогою програмного забезпечення, таких знімків як ортопантомограма, телерентгенограма (пряма, бокова проекції). При цьому пацієнт не отримує додаткового променевого навантаження.

Висновки. Конуснопроменева комп'ютерна томографія дає більше інформації ніж ОПТГ, ТРГ, що підвищує ефективність діагностики аномалій співвідношення зубних дуг і положення зубів у дорослих, позитивно впливає на вибір тактики лікування та його результати.

ДЕТЕКЦИЯ СТОРОЖЕВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

Сукач Г.Г., Солодяникова О.И., Трацевский В.В.
Национальный институт рака, г. Киев, Украина

Вступление. Очевидно, что наличие регионарного распространения опухоли негативно сказывается на прогнозе и, в итоге, на выживаемости пациентов. Поэтому для выбора наиболее адекватной тактики лечения (объема и типа хирургического вмешательства, химиолучевой терапии), а также, возможно, очередности мероприятий) важным является подтверждение наличия либо отсутствия метастатического поражения регионарных лимфатических узлов. В связи с этим метод радионуклидной детекции сторожевых лимфатических узлов (СЛУ) с последующим их гистологическим исследованием представляется наиболее эффективным.

Цели исследования — оценить возможности эффективной детекции СЛУ методами радионуклидной диагностики при меланоме кожи.

Материалы и методы. 196 больным с меланомой была проведена радионуклидная лимфосцинтиграфия и интраоперационная детекция СЛУ с последующим их гистологическим исследованием. В качестве РФП использовались коллоиды наноцис и наноальбумон, меченые ^{99m}Tc, общей активностью до 250 МБк и общим объемом до 0,3 мл. Для лимфосцинтиграфии была задействована цифровая гамма-камера DH-SPIRIT (Mediso). Для интраоперационной детекции СЛУ – портативный гамма-счетчик Europrobe (Canberra Packard).

Результаты. Данные получены в ходе исследования СЛУ у 196 больных с меланомой кожи. Успешно идентифицированы СЛУ у 96,9% пациентов, в 23,5% случаев из них гистологически верифицировано метастатическое поражение СЛУ. Все случаи неудачной детекции СЛУ (3,1%) наблюдались у пациентов с чрезмерно развитой подкожной клетчаткой. Количество обнаруженных «сторожевых» лимфатических узлов: 1 узел – 62,5%, 2 узла – 32,1%, 3 узла – 5,4%. Среднее количество сторожевых лимфатических узлов у 1 больного – 1,4.

Локализация «сторожевых» лимфоузлов в зависимости от локализации первичной опухоли: при меланоме на верхних конечностях 100% СЛУ локализовались в аксиллярных областях; на нижних конечностях – 88,9% в паховых и 11,1% детектиро-

валось в двох лимфатических коллекторах; при меланоме кожи туловища – 61,5% в подмышечных коллекторах, 26,9% — в паховых, 3,8% — в шейных, 7,7% детектировались в двух и более лимфатических коллекторах; при меланоме кожи головы 50% в шейных и 50% — в двух коллекторах.

Заключення. Радиоизотопный метод прост, легко выполним и информативен для идентификации «сторожевых» лимфатических узлов при меланоме кожи.

Он позволяет определять расположение «сторожевых» лимфатических узлов непосредственно через кожу, при этом узел может быть удален через небольшой разрез и во время операции можно контролировать локализацию узла.

Риск неуспешной идентификации СЛУ выше у больных с избыточной массой тела.

Предоперационная лимфосцинтиграфия, как инструмент картирования, является важным этапом исследования СЛУ, в особенности для меланомы кожи с локализацией на туловище.

ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ВІРУСНИХ ПНЕВМОНІЙ

*Танасічук-Гажієва Н.В., Морозова Н.Л.,
Танасічук В.С., Черкасова Л.А.*

*Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна*

*Національна медична академія післядипломної
освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна*

Вступ. Складність своєчасної діагностики вірусних пневмоній (ВП) часто зумовлена невідповідністю рентгенологічних та аускультативних даних, відсутністю переконливої рентгенологічної картини на початку захворювання, що потребує застосування сучасного методу томографічної візуалізації – мультidetекторної комп'ютерної томографії (МДКТ).

Мета. Вивчення особливостей запального ураження легень у період епідемічного спалаху грипу А/Н1N1 за допомогою рентгенографічних і комп'ютерно-томографічних досліджень.

Матеріали та методи. У роботу включені результати променевого досліджень 58 хворих (32 чоловіки, 26 жінок, віком 21-73 роки) з клінічно встановленим діагнозом «грип, ускладнений пневмонією». У 17 (29,3%) осіб лабораторно за допомогою полімеразної ланцюгової реакції підтверджено наявність грипу А/Н1N1. Рентгенографія грудної клітки (РГК) виконана всім пацієнтам (100%) за стандартною методикою. МДКТ органів грудної клітки проведена 38 (65,5%) хворим на 16-зрізовому спіральному комп'ютерному томографі Bright Speed Elite (General Electric) в аксіальній проекції з товщиною зрізу 1,25 мм з подальшим застосуванням м'якотканого та легеневого алгоритмів реконструкції зображень та побудовою мультипланарних реконструкцій.

Результати досліджень та їх обговорення. Установлено основні рентгенологічні ознаки грип-асоційованих пневмоній сезону 2015-2016 рр., а саме: ущільнення легеневої паренхіми за типом «матового скла» (91,4% випадків) у поєднанні з альвеолярною консолидацією (45,2%), що частіше спостерігалось одночасно в центральних та периферичних ділянках легеневого поля (51,7%); переважне ураження середніх та нижніх відділів легень (81%);

наявність двосторонніх змін одночасно в III-IV легеневої зоні (75,8%); наявність супутніх плеврального випоту (20,7%) та регіонарної лімфаденопатії (39,6%). Найбільшу кількість пневмоній діагностовано з 2-го по 5-й день з початку захворювання на грип (53,4% випадків). У 34 (58,6%) хворих дані РГК порівняли з результатами, отриманими при МДКТ. Чутливість РГК у діагностиці пневмонії при порівнянні з МДКТ становила 85,3%. В п'яти випадках отримані псевдонегативні результати, переважно обумовлені наявністю у хворих малоінтенсивних інфільтративних змін паренхіми легень.

Висновки. МДКТ має найвищу діагностичну ефективність у виявленні ВП, дозволяє визначати зміни легеневої тканини на початковій стадії розвитку патологічного процесу, що є важливим для оцінки прогнозу захворювання та вибору адекватної тактики лікування.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ВОГНИЩЕВИХ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ

Танасічук-Гажієва Н.В., Шпак С.О.

*Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця, м. Київ, Україна*

*Національна медична академія післядипломної
освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна*

Вступ. Широке впровадження в практичну медицину мультidetекторної комп'ютерної томографії (МДКТ) значно розширило діагностичні можливості виявлення вогнищевих утворень печінки та їх диференційної діагностики, що є актуальним у хірургічній гепатології.

Мета — підвищити ефективність диференційної променевої діагностики доброякісних і злоякісних новоутворень печінки на основі застосування МДКТ із внутрішньовенним болюсним контрастуванням.

Матеріали та методи. У 191 хворого (87 чоловіків, 104 жінок, вік 16-82 роки) з вогнищевими ураженнями печінки різної етіології виконана МДКТ на 64-зрізовому комп'ютерному томографі Brilliance-64 (Philips) із внутрішньовенним болюсним контрастуванням. Верифікацію результатів проводили на підставі оперативного втручання, пункційної біопсії, динамічного спостереження. У всіх пацієнтів на першому етапі дослідження виконували сонографію печінки, у ряді випадків з доплерографією. За необхідності підтвердження діагнозу застосовували магнітно-резонансну томографію з внутрішньовенним контрастуванням.

Результати досліджень та їх обговорення. Визначені МДКТ-критерії диференційної діагностики вогнищевих уражень печінки включали семіотичні особливості вогнища і його судинної архітекtonіки, характер контрастування вогнища в поєднанні з денситометричними та графічними показниками, що відбивають зміни щільності контрастної речовини в печінці, селезінці та порталній вені. Розроблена методика багатозафазної МДКТ, яка адаптована до 64-зрізового комп'ютерного томографа з розділенням фаз контрастування на підфази, дозволила об'єктивно оцінити особливості кровопостачання пухлини та паренхіми печінки. При апробації запропонована математична модель ризику злоякісності пухлини МДКТ виконана у 65 пацієнтів з підозрою на