

лить его содержимое. При первичном ПТС на МР-томограммах определяется расширение турецкого седла, заполненное ликвором, на дне которого расположен гипофиз серповидной формы. На формирование первичного ПТС помимо недостаточности диафрагмы значительное влияние оказывает повышенное внутричерепное давление. У пациентов с симптомом первичного ПТС зрительные расстройства выявляются в 50—80% случаев, что заставляет их в первую очередь обратиться к офтальмологу.

**Цель.** Изучить офтальмологические симптомы у пациентов с синдромом первичного «пустого» турецкого седла.

**Материалы и методы.** Были проанализированы клинично-лучевые данные 21 пациента, обратившихся в ХГКБ № 14 с различными офтальмологическими жалобами (17 (80,9%) женщин и 4 (19,1%) мужчин), у которых после полного офтальмологического осмотра не было выявлено первичных глазных заболеваний. Возраст больных —  $57 \pm 7,8$  года. У всех пациентов было проведено общее офтальмологическое обследование, оптическая когерентная томография (ОКТ) области диска зрительного нерва, краниография, МРТ.

**Результаты.** У всех больных при МРТ-обследовании определялись признаки первичного ПТС: расширение турецкого седла, наличие цереброспинальной жидкости в его полости, серповидная или полулунная деформация гипофиза, толщина которого была до 2 мм у 68% пациентов, до 4 мм — у 32%. Воронка располагалась центрально у 4 (19%) пациентов, смещена кпереди — у 1 (5%) и кзади — у 16 (76%). У двух (9,5%) пациентов воронка гипофиза была удлинена, а хиазма потянута к турецкому седлу.

Все пациенты предъявляли жалобы на периодические ретробульбарные боли и зрительный дискомфорт, периодически возникающее «затуманивание» зрения, фотоопии, расфокусировку, у 7 пациентов периодически возникала диплопия, у 2 — кратковременная потеря зрения, у 3 — центральные и периферические мерцательные скотомы, нарушение цветовосприятия отмечали 2 пациента. При офтальмологическом обследовании у 3 (14%) офтальмоскопически и инструментально при ОКТ выявлялся отек диска зрительного нерва на обоих глазах, у 1 (5%) отек был зафиксирован на одном глазу, снижение толщины нервных волокон зрительного нерва — у 4 (19%) пациентов. При периметрии у 13 (62%) пациентов зафиксированы изменения в поле зрения. В том числе у 2 (10%) — сужение полей зрения с темпоральной стороны (более  $30^\circ$ ), у 3 (14%) — с назальной стороны (более  $15^\circ$ ), у 1 (5%) — гомонимная гемианопсия, у 7 (33%) пациентов выявлялись парацентральные скотомы, у 6 (29%) пациентов — расширение «слепого» пятна (более  $8^\circ$ ).

Таким образом, у 8 (38%) пациентов при периметрии зафиксированы измерения, похожие на таковые при глаукоме (сужение полей зрения с назальной стороны и расширение «слепого» пятна). У 3 (14%) пациентов изменения маскировались под поражение зрительного нервного пути (сужение поля зрения темпорально более  $30^\circ$  и гомонимная гемианопсия) без изменений в этой области при МРТ-обследовании. Парацентральные скотомы, характерные для поражения сетчатой оболочки, регистрировались у 7 (33%) пациентов.

**Вывод.** Зрительные расстройства у пациентов с симптомом первичного «пустого» турецкого седла

часто имитируют симптомы глаукомы, нейрооптикопатий, заболеваний сетчатой оболочки.

## ЧАСТОТА ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ

Нестуля К.І., Васько М.Ю.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

**Актуальність теми.** Переломи нижньої щелепи складають 60-80% у структурі травматичних ушкоджень лицьового черепа у найбільш працездатної групи населення від 18 до 45 років. За даними літератури, визначають світову тенденцію до збільшення їх частоти поряд зі збільшенням частоти тяжких осколкових, множинних і поєднаних травм [1-3]. Локалізуються невогнепальні переломи нижньої щелепи по найменш міцних ділянках кістки, таких як ділянка кута, ікла і ментального отвору, середня лінія.

**Мета дослідження.** Вивчення частоти переломів нижньої щелепи у дорослих у Полтавській області.

**Об'єкт і методи дослідження.** Був проведений статистичний аналіз первинної документації щелепно-лицевого відділення Полтавської обласної клінічної лікарні за період з 2013 по 2015 рік.

**Результати досліджень та їх обговорення.** За звітний період у щелепно-лицевому відділенні надано медичну допомогу 34 674 хворим, із них у 686 (18,6%) хворих спостерігали переломи нижньої щелепи. За даний період спостерігали хворі віком від 15 до 76 років. Усі вони були розподілені на 6 основних вікових груп: 1-а група (15-20 років) – 82 (11,96%) хворих; 2-а група (21-30 років) – 281 (40,96%) хворий; 3-я група (31-40 років) – 187 (27,26%) хворих; 4 група (41-50 років) – 87 (12,68%) хворих; 5 група (51-60 років) – 36 (5,25%) хворих; 6-а група (старше за 60 років) – 13 (1,89%) хворих. Найбільша частота переломів нижньої щелепи спостерігалася в 2 і 3-й вікових групах — 68,22%, тобто в групах найбільш працездатного населення.

**Висновок.** У групі хворих із переломами щелеп переважали чоловіки (91,98%) віком від 20 до 50 років (80,9%).

## ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК ЗАЛЕЖНО ВІД ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПУХЛИН

Новерко І.В., Кундіна В.В.

Державна установа «Інститут серця МОЗ України», м. Київ

**Вступ.** При пухлинному ураженні нирок необхідно вирішити низку питань для вибору оптимальної тактики оперативного втручання, а саме: визначення гістологічної будови пухлини, з'ясування обсягу ураження, локалізації пухлини в нирці, встановлення ступеня залучення інших органів і систем у патологічний процес, визначення параметрів функціональної здатності нирок. У більшості випадків суттєве значення для вирішення основних клінічних задач має КТ, яка допомагає визначити об'єм пухлинної маси, її розміри, локалізацію, обсяг хірургічного втручання, тактику ведення хворого. Однак при плануванні хірургічного лікування важливим моментом є визначення функціонального стану нирки, ураженої пухлиною. Таку діагностику можливо провести з використанням динамічної реносцинтиграфії (ДРСГ) із клубочковим радіофармацевтичним пре-

паратом (РФП) –  $^{99m}\text{Tc}$ -ДТПА (діетилентриамінопентацетат). Методика дозволяє визначити швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) окремо на кожну нирку, стандартизовану ШКФ (ШКФСТ) на поверхню тіла та ступінь порушення екскреторних процесів (від помірного до значного), визначити кількість функціонуючої паренхіми (КФП).

**Мета.** Визначити особливості оцінки функції нирок при виконанні ДРСГ залежно від розміру та локалізації патологічного процесу, кількості функціонуючої паренхіми в ураженій пухлиною нирці.

**Матеріал та методи.** Сцинтиграфічні дослідження при пухлинних ураженнях нирок були виконані та проаналізовані у 116 хворих віком від 36 до 75 років (середній вік —  $55,2 \pm 6,4$  року). Всі хворі проходили первинне обстеження і лікування в ДУ "Інститут раку МОЗ України". У 60 пацієнтів пухлини були локалізовані на передній поверхні нирки і у 56 пацієнтів – на задній поверхні. У 75 пацієнтів пухлина була розташована на полюсах (нижній або верхній), у 31 пацієнта — по краю нирки і у 10 – пухлина мала центральну локалізацію. ДРСГ виконували на дводетекторній гамма-камері Infinia-Hawkeye<sup>TM</sup> виробництва фірми GE (США) протягом 30 хв (експозиція – 1 кадр за 1 хв). Використовували РФП  $^{99m}\text{Tc}$ -ДТПА виробництва «Полатом» (Польща). Активність РФП складала 2 МБк/кг. Променеві навантаження не виходили за межі гранично припустимих. Обробку та аналіз отриманих даних проводили за допомогою системи обробки та перегляду функціональних зображень Xeleris<sup>TM</sup>. При ДРСГ визначали ШКФ на кожну нирку, ШКФСТ (мл/хв), а також екскреторну здатність нирок. Сцинтиграфічна картина оцінювалася за наявності дефекту фіксації РФП та його локалізації, контурів і розмірів нирок, КФП. КФП в ураженій нирці розраховували з використанням ділянки з інтенсивною фіксацією РФП протягом усього дослідження.

**Результати досліджень та їх обговорення.** У всіх пацієнтів під час проведення ДРСГ при візуальній оцінці зображень були виявлені ділянки дефекту фіксації РФП в одній із нирок, які відповідали пухлинам, виявленим при КТ. Пухлини розміром 3–4 см і більше добре діагностувались при ДРСГ. Пухлини до 2 см мали гіршу візуалізацію завдяки помірному перерозподілу РФП. При пухлинах невеликих розмірів як зона інтересу оцінювали всю поверхню ураженої нирки, функція таких нирок та КФП відповідали нормі. При локалізації пухлин у полюсах нирок із зон інтересу виключали ділянку, уражену пухлиною. При цьому більш точно оцінювалася ШКФ, яка була на 30–40% нижчою за норму без порушення екскреторної здатності нирок. КФП в ураженій нирці була зниженою в середньому на  $28,8 \pm 4,5\%$ . При центральному розташуванні пухлин зона інтересу мала форму напівмісяця з виключенням із зони оцінки пухлини і миски. При цьому спостерігались більш виражені зміни ШКФ (зниження на 50–60%), зменшення КФП в середньому на  $41,7 \pm 5,8\%$  та порушення екскреторної здатності нирок (від помірного до значного). При крайовому розташуванні пухлини її виключали із зони оцінки. ШКФ у таких нирках знаходилась на достатньому рівні, КФП була зниженою у середньому на 10%, параметри екскреторної здатності нирок були в межах норми.

#### Висновки

1. ДРСГ – об'єктивний метод оцінки функціональної здатності нирок, уражених пухлинами, незалежно від локалізації та обсягу ураження.

2. КФП напряму залежить від розміру і локалізації пухлини нирки.
3. При центральному розташуванні пухлин і залученні в патологічний процес ЧМК функціональна здатність ураженої нирки зазнає більш виражених патологічних змін порівняно з іншими варіантами локалізації пухлинного ураження.

### ОПЫТ СНИЖЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ НАГРУЗКИ ПРИ КТ ЛЕГКИХ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Носов А.А.

*Киевский городской детский  
диагностический центр, г. Киев*

**Вступление.** Так как организм ребенка значительно более чувствителен к ионизирующему излучению (от 5 до 10 раз), чем организм взрослого, обоснование и оптимизация компьютерной томографии (КТ) в педиатрии являются актуальными задачами радиологической практики. Поэтому очень важно, чтобы радиологи, использующие КТ в педиатрии, понимали физику метода и использовали его, максимально соблюдая принцип ALARA (As Low As Reasonably Achievable — настолько низко, насколько разумно достижимо).

**Цель работы.** Показать возможности снижения лучевой нагрузки на маленьких пациентах за счет оптимизации протоколов сканирования при проведении мультиспиральной КТ легких у детей.

Использование низкодозовой компьютерной томографии органов грудной полости наиболее рационально при изменениях воспалительного генеза и других патологических состояний, требующих многократных обследований в динамике, необходимой при контроле лечения клиническим специалистом.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты КТ органов грудной полости 80 пациентов возрастом от 4 до 6 лет, сходной комплекции, весом от 15 до 20 кг. Исследования выполнялись на 64-срезовом мультidetекторном КТ-сканере Brilliance 64, Philips с функциями автоматической модуляции дозы, позволяющими автоматически корректировать ток рентгеновской трубки, в зависимости от толщины объекта, и на 4-срезовом мультиспиральном КТ-сканере Asteion 4, Toshiba, у которого анодный ток рентгеновской трубки во время обследования не изменяется.

**Результаты.** В ходе выполнения работы было установлено, что уменьшение параметров экспозиции при сканировании, таких как анодное напряжение (kVp) и количество электричества (mAs), а также использование функции автоматической модуляции дозы дают возможность заметно снизить дозу на пациента. Чаще всего при значительном уменьшении дозы визуальное качество изображения может умеренно снижаться, преимущественно за счет повышения уровня «шума» (зернистости). Но в подавляющем большинстве случаев эти изменения никак не влияют на диагностическую информативность исследования.

#### *Анализируемые протоколы сканирования:*

При сканировании 18 пациентов использовалась стандартная методика сканирования с параметрами 120 kV 75 mAs и средней DLP — 145, E = 2,32 mSv.

Методика сканирования с уменьшением экспозиции применялась у 14 пациентов (120 kV 38 mAs, средняя DLP — 72,5, E = 1,1 mSv).