

виживаністю більше ніж 7 років, понад 10,0 мг/л — при тяжкому перебігу хвороби з виживаністю до 2 років, а 28,8 мг/л констатовано у померлих протягом року. У 3-й групі  $\beta_2$ -МКГ перевищував 10,0 мг/л на початку лікування і не зменшувався при його проведенні. Більше половини ремісій (76,9%) виявлено при ініціальному  $\beta_2$ -МКГ до 5,0 мг/л.

Встановлено, що за ініціальними значеннями ТК і  $\beta_2$ -МКГ можливо прогнозувати досягнення ремісії. Було виділено 3 прогностичні групи щодо вірогідності позитивної відповіді на лікування: 1) сприятливого прогнозу перебігу захворювання (з виживаністю понад 7 років) при ТК до 20,0 Од/л, а  $\beta_2$ -МКГ — до 5,0 мг/л; 2) проміжного прогнозу (з виживаністю 5–7 років) при ТК від 20,0 до 30,0 Од/л, а  $\beta_2$ -МКГ — 5,0–10,0 мг/л; 3) несприятливого прогнозу і вірогідністю первинної резистентності до ХТ (з виживаністю до 5 років) при ТК більше ніж 30,0 Од/л, а  $\beta_2$ -МКГ не менше ніж 10,0 мг/л; 4) вкрай несприятливого прогнозу з можливою летальністю протягом року при ТК понад 50,0 Од/л і  $\beta_2$ -МКГ — понад 10 мг/л.

**Висновки.** Встановлено, що початкові рівні ТК і  $\beta_2$ -МКГ у сироватці крові хворих на ХЛЛ є прогностичними чинниками, які дозволяють передбачити перебіг захворювання і відповідь на лікування. Обстежені хворі з ХЛЛ за початковими рівнями ТК і  $\beta_2$ -МКГ поділяються на групи ризику з різним прогнозом агресивності перебігу захворювання. Визначення ТК у процесі лікування хворих на ХЛЛ є доцільним для його оцінки. Нормалізація вмісту  $\beta_2$ -МКГ після лікування вказує на стабілізацію процесу, а відсутність — про прогресування захворювання.

### РОЛЬ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ХОЛЕСТЕАТОМ

Мелех Б.Я., Комнацька І.М., Дутка І.Ю.,  
Лозинський Р.М., Попчук Н.М., Бігун М.В.  
Медичний центр «Євроклінік», м. Львів

**Актуальність.** Холестеатома є частою причиною середнього отиту, який супроводжується руйнацією скроневої кістки з можливими подальшими змінами у вигляді менінгіту, енцефаліту, абсцесу головного мозку. Рання і точна діагностика холестеатоми відіграє важливу роль у виборі лікування хворого.

На сьогодні діагностика базується на клінічних проявах, даних аудіометрії та комп'ютерній томографії. Досить часто результати вищезгаданих методів обстеження є неточними через свою низьку специфічність. Важливу роль у діагностиці холестеатом відіграються дифузійно-зважені зображення магнітно-резонансної діагностики (ері-DWI МРТ) через високу специфічність та чутливість до утворів, багатих на кератин та гранули холестерину.

Останнім часом у діагностиці холестеатом набирає популярності метод адаптованих до артефактів від основи черепа дифузійно-зважених зображень магнітно-резонансної діагностики (pop-ері DWI МРТ).

**Метою нашої роботи** було порівняння чутливостей методів ері-DWI МРТ та pop-ері DWI МРТ у пацієнтів із холестеатомами.

**Матеріали та методи.** Дослідження включало в себе ретроспективний аналіз пацієнтів Медичного центру "Євроклінік" на магнітному томографі GE Signa HDxt 1,5 T, в яких діагноз "холестеатома" був морфологічно верифікований. Критеріями вибору пацієнтів були

наявність проведених МРТ-обстежень з pop-ері DWI та ері-DWI послідовностями. Оцінювали наявність та розміри холестеатом за результатами даних послідовностей.

**Результати.** Нами було виявлено 15 пацієнтів, які відповідали всім критеріям нашого дослідження. Холестеатома візуалізувалася у 14 (93%) пацієнтів у pop-ері DWI послідовностях і лише в 9 (60%) пацієнтів у ері-DWI послідовностях. Розміри холестеатом варіювали від 6 до 8 мм в ері-DWI послідовностях та від 4 до 9 мм в pop-ері DWI послідовностях.

**Висновки.** Результати даного дослідження вказують на високу чутливість pop-ері DWI послідовностей до виявлення холестеатом через низький вплив артефактів від основи черепа на зображення холестеатоми.

Pop-ері DWI дозволяло виявляти холестеатоми значно менших розмірів порівняно з ері-DWI, що є важливим чинником як у діагностиці даної патології, так і у контролі ефективності проведеного хірургічного лікування.

### ШЛЯХ УКРАЇНСЬКОЇ РАДІОЛОГІЇ ДО ІНТЕГРАЦІЇ В ЄДИНИЙ ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ПРОСТІР

Мечев Д.С., Щербіна О.В.

Національна медична академія післядипломної освіти  
ім. П.Л. Шупика

**Вступ.** Останнім часом багато дискусій ведеться відносно шляхів розвитку й удосконалення вітчизняної радіології. Всі радіологи України єдині в думці про необхідність поступового наближення нашої науки, практики, освіти, організації галузі до Європейського простору. Але, на жаль, у цих думках і висловах і досі немає необхідного консенсусу.

*Стан питання в Європі (крім країн так званої СНД).*

В Європі, як і в усіх розвинутих країнах світу, є 3 радіологічні спеціальності:

- «радіологія» (включає рентген-, УЗ-діагностику, КТ, МРТ) з відповідним товариством ESR, де ультразвукова діагностика вважається тільки допоміжним методом, а посад лікаря з УЗД і зовсім немає;
- «радіаційна онкологія» (в Україні – променева терапія) з відповідним товариством ESTRO;
- «ядерна медицина» (в Україні – радіонуклідна діагностика) з відповідною Асоціацією EANM.

*Стан питання в Україні.*

Українська радіологія і досі має пострадянську структуру: 5 спеціальностей – «радіологія», «рентгенологія», «УЗ-діагностика», «променева терапія» і «радіонуклідна діагностика». Відповідно до цього в медичному класифікаторі спеціальностей представлено 5 видів лікарів, а назви цих спеціальностей явно застарілі і вносять непорозуміння при спілкуванні спеціалістів України на міжнародному рівні.

Пропозиції:

1. Настав час приведення назв усіх наших радіологічних спеціальностей суворо до європейських.
2. Незважаючи на опір деяких (а може, і багатьох?) радіологів України, нашій Асоціації час розпочати роботу в цьому напрямку.
3. Необхідно переконати МОЗ України щодо внесення відповідних змін у медичний класифікатор лікарських спеціальностей (із збереженням відповідних пілґ):  
— спеціальність «радіологія» і відповідно до цього – лікар-радіолог (УЗД входить до радіології);