

Асоціація радіологів України

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

Харківська медична академія післядипломної освіти

**Українська асоціація спеціалістів з конвенційної рентгенодіагностики,
комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії**



**Тези доповідей
науково-практичної конференції з
міжнародною участю
«Радіологічні читання»
у м. Одеса**

25 - 27 вересня 2013 р.

ROLE OF UP-TO-DATE RADIOLOGICAL METHODS OF THE RIGHT VENTRICULAR MYOCARDIAL INFARCTION DIAGNOSTICS

Bortnuy M.O., Sharmazanova O.P., Mangov A.V.
Kharkiv Medical Academy of Post-graduate Education by the Ministry of the Healthcare of Ukraine

Introduction. Isolated right ventricular myocardial infarction (IRVMI) is an extremely rare disease (3-5%). IRVMI diagnostics is hindered by peculiarities of the anatomical organization of the right ventricle of heart, its blood supply, as well as course of disease. The aim of the research was to assess the possibilities of the up-to-date radiological methods of the right ventricular myocardial infarction diagnostics.

Research material and methods. The research envisaged examination of 16 patients (11 — with combined left and right ventricular myocardial infarction (group A) and 5 suffering from IRVMI (group B), undergoing treatment in the Infarction department of the State-financed health institution "Kharkiv city clinical hospital No. 8". The average age of the patients amounted to 59 ± 8 years. All the patients underwent the general clinical analysis and radiographic survey of the chest organs, electrocardiography, and ultrasonic cardiography pursuant to the generally accepted methodology. Multi-layer spiral CT (multi-layer spiral CT-coronary angiography) was used to diagnose 11 patients of the group A and 3 patients with IRVMI; 7 patients of the group A and 2 patients with IRVMI were subjected to coronary angiography (one patient with IRVMI underwent stenting of the right coronary artery during the coronary angiography).

Results. The comparison of the right ventricle contractile values, pursuant to the echocardiography, revealed, that the right ventricle local contractile index in the first group of patients was higher if compared to patients with IRVMI ($1,8 \pm 0,2$ and $1,3 \pm 0,1$). Besides, the patients, suffering from IRVMI, had bigger myocardial damage area. In 4 patients with IRVMI the MI focus was located in the rear and front-lateral part of the right ventricle free wall and only 1 patient had it located along the back wall. In group A the right ventricle local contractile function disorder averagely amounted to 60 ± 11 versus $29 \pm 11\%$ in group B. Right ventricle wall hypertrophy was diagnosed in only 1 patient with IRVMI, while right ventricle dilatation was suffered by 5 patients. Right ventricle dilatation was the only anatomic peculiarity, differentiating patients with IRVMI. Blood clots of the right ventricle were revealed in 2 patients with IRVMI. The comparison of both groups' patients values revealed no significant differences between them as regards of course of disease or intracardiac hemodynamics. At the same time, right ventricle dilatation was more common among patients with IRVMI.

Pursuant to the multi-layer spiral CT-coronary angiography and coronary angiography findings the main coronary arteries of patients from both groups were thoroughly examined. There were no significant changes between the myocardial infarction patients of the first and the second group (contraction of the lateral dimension area of the main coronary arteries more

than by 75% every). The right coronary artery contraction rate was similar in patients with IRVMI and patients with combined left and right ventricular myocardial infarction. All the patients, suffering from IRVMI, revealed proximal obstruction of the right coronary artery along with EKG signs of right ventricle wall infarction.

Conclusions. The multi-layer spiral CT-coronary angiography and coronary angiography allow accurately diagnose the coronary arteries permeability disorder and along with electrocardiogram and echocardiography play the decisive role in IRVMI diagnostics.

РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГА И ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ЮЖНОМ УРАЛЕ

Братникова Г.И.

ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России; Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинский областной клинический онкологический диспансер», г. Челябинск, Россия

Челябинская область (ЧО) с ее развитой сетью промышленных предприятий (черной металлургией, горнорудной, машиностроительной) представляет для человека неблагоприятную среду обитания и заболеваемости раком в Челябинской области остается одной из самых высоких в России. Высокий уровень заболеваемости регистрируется в крупных промышленных городах с металлургической и угольной промышленностью и в районах, прилегающих к этим городам.

Рак молочной железы (РМЖ) является одной из самых изученных и изучаемых форм рака, в то же время является одним из наиболее значимых заболеваний у женщин не только из-за высокой частоты и серьезности, но также и из-за особого отношения женщин к молочным железам. Занимает лидирующее место по заболеваемости и смертности среди женского населения на Южном Урале, и четко прослеживается тенденция ежегодного прироста больных данной патологией от 1209 человек в 2006 г. (начало реализации приоритетного национального проекта «Современное здравоохранение») до 1475 и 1519 пациентов в 2011 и 2012 гг. Но не стоит забывать о том, что рак молочной железы также встречается и у мужчин; заболеваемость в 2012 г. составила 0,7% от всех случаев.

Пути решения проблемы – профилактическая онкология, к которой относятся: социальная реклама, онкологическая грамотность, онкоскрининг, высокие технологии диагностики и лечения ЗНО, стандартизация. Систематическое освещение проблем онкологии, в частности РМЖ, в средствах массовой информации (радиовещание, телевидение, газетные публикации) значительно увеличило количество активных обращений населения за консультативной помощью в ЧОКОД (в среднем прирост обращаемости с 2006 г. составляет до 1000 пациенток в год).

Цель работы: оценка эффективности маммографического скрининга и диагностики РМЖ на основании изменения показателей стадийности и снижения смертности от данного заболевания.

Материал и методы. Скрининговое маммографическое обследование на Южном Урале проводится с 2008 г. на основании ежегодных приказов Министерства здравоохранения ЧО об организации маммографического скрининга женского населения. С 2007 г. в ЧО работают 62 современных маммографических аппарата, отвечающих стандартам маммографического скрининга, что отвечает требованиям ВОЗ по оснащению маммографическими аппаратами на 1 млн населения. В 2012 г. в Челябинской области было выполнено 162848 маммографических исследований, из них профилактических — 98269.

Результаты исследования. Проведение скрининговой маммографии позволило увеличить выявление I-II стадий с 61,4% в 2007 г. до 62% в 2012 г., а IV стадии снизить с 12,7% в 2007 г. до 9,3% в 2012 г. Количество людей с впервые выявленным РМЖ на профосмотрах в 2012 г. составило 41,03%, что больше практически в 1,5 раза чем в 2011 г. (29,73%).

После проведенного скрининга при подозрении на РМЖ все пациентки консультируются в областном онкологическом диспансере. При наличии показаний им проводится дообследование: ультразвуковая диагностика, магнитно-резонансная, компьютерная томография, позитронно-эмиссионная томография, пункционная биопсия. За 2012 г. в ГБУЗ ЧОКОД было выполнено core needle biopsy 1165 исследований с последующим проведением гистологических и иммуногистохимических исследований. У мужчин при подозрении на рак молочной железы тактика обследования аналогичная, как и при подозрении на рак молочной железы у женщин.

Применение стандартов современного комплексного онкологического лечения позволило снизить смертность от данного заболевания в нашем регионе с 626 человек в 2006 г. до 581 человека в 2012 г. (заболеваемость в 2012 г. – 1519 пациентов).

С 2007 г. кафедрой лучевой диагностики ГОУ ДПО УГМАДО, а после объединения академий кафедрой онкологии, лучевой диагностики, лучевой терапии ГБОУ ВПО ЮУГМУ организованы и проводятся курсы тематического усовершенствования по рентгенодиагностике заболеваний молочной железы, на которых прошли обучение 56 врачей-рентгенологов и 21 рентгенолаборант. Опубликовано 4 учебно-методических пособия по данному направлению. На заседаниях Ассоциации лучевых диагностов и лучевых терапевтов, Ассоциации онкологов Челябинской области, на межрегиональных и международных конференциях регулярно докладываются современные аспекты лучевой диагностики и лечения РМЖ на Южном Урале — все это повышает профессиональный уровень и качество диагностики РМЖ.

Таким образом, применение маммографического скрининга повышает выявление РМЖ на ран-

них стадиях. Применение стандартов скрининга, диагностики и лечения позволяет, несмотря на рост заболеваемости РМЖ, добиться снижения смертности от этого заболевания.

МРТ-ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІН ПОПЕРЕКОВИХ СЕГМЕНТІВ ПІСЛЯ ВИДАЛЕННЯ ГРИЖ ДИСКІВ

Волковська О.В., Шармазанова О.П.,
Костюковська А.Є., Куцин В.М.
Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна

Мета дослідження: уточнення МР-семіотики змін поперекових сегментів хребта після оперативного видалення гриж дисків.

Матеріал та методи. Досліджено результати комплексного променевого обстеження 109 пацієнтів (віком від 23 до 72 років), які були оперовані з приводу гриж дисків поперекового відділу хребта. У 70 пацієнтів (64,2%) в післяопераційному періоді (ПП) була виконана МРТ через наявність больового синдрому і неврологічних симптомів. Магнітно-резонансне сканування проводилося на апаратах з напруженою магнітного поля 0,22 і 0,35 Т.

Результати та їх обговорення. Оперативні втручання були виконані в сегменті L₅-S₁ у 32,1% пацієнтів, у сегменті L₄-L₅ — 52,3%; в інших сегментах — у 15,6%. У 10,8% випадків грижі віддалені в двох сегментах одночасно. Повторні оперативні втручання були виконані у 23,8% пацієнтів. У ранньому післяопераційному періоді (до 6-8 тижнів) досліджено 8 пацієнтів (11,4%), у проміжному (від 3 міс. до 2 років) – 22 (31,4%) і в пізньому (2 роки і більше) — 40 хворих (57,2%). Причиною скарг хворих у ранньому ПП було наявність в епідуральному просторі сероми (75%), яка дає на T2 ЗЗ гомогенно високій, на T1 ЗЗ МР-сигнал за інтенсивністю, що наближається до диска, яка в 50% випадках поєднувалась з гематомою, що призводило до вкорочення релаксаційного часу T1 і негомогенності МР-сигналу. В одного пацієнта (12,5%) великий розмір сероми-гематоми призводив до випинання і деформації контуру дурального мішка, компресії спинномозкових нервів. У зоні операції на T2 ЗЗ і T1 ЗЗ була відсутня низькоінтенсивна смужка частково віддаленого фіброзного кільця. В проміжному періоді причиною больової і неврологічної симптоматики були прояви стенозу хребтового каналу, які в 45,4% випадків обумовлені епідуральними рубцями, що визначались як область неоднорідно зниженого сигналу на T2 ЗЗ; у 8 пацієнтів – рецидивами гриж дисків (36,4%). У 4-х пацієнтів (18,2%) були визначені протрузії дисків суміжних оперованих поперекових сегментів.

У пізній період визначені наступні зміни оперованих сегментів: деформація дурального мішка (27,5%), епідуральні рубці (72,5%), стеноз бокової кишені (17,5%) внаслідок зменшення висоти диска і гіпертрофії дуговідросткових суглобів, рецидив грижі в оперованому сегменті (20%), грижі дисків у суміжних сегментах (25%). Крім того, відзначено прогресування вторинних змін у суміжних сегмен-

тах: зменшення розміру диска (77,5%), гіпертрофія жовтих зв'язок (67,5%) і артроз дуговідросткових суглобів (82,5%).

Висновки. Магнітно-резонансна томографія дозволяє встановити причини появи скарг у хворих після видалення гриж дисків у поперековому відділі хребта залежно від строків давності оперативного втручання.

МДКТ-АНГИОГРАФИЯ КАК МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ СТЕНОЗОВ И ОСОБЕННОСТЕЙ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ЭКСТРА- И ИНТРАКРАНИАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Давиденко Я.В.
МСЧ «Нефтехимик»,
г. Кременчуг, Полтавская область

Цель работы: изучить варианты и особенности строения экстра- и интракраниальных артерий, повысить эффективность диагностики стеноза артерий и продемонстрировать преимущества метода.

Материалы и методы. 705 пациентам в возрасте от 18 до 67 лет проведена МДКТ-ангиография на 64-срезовом МДКТ “Definition AS”. Технические параметры: коллимация – 0,6 мм, Feed/Rotation – 0,6 x 64, время ротации трубки – 0,33 с, толщина среза – 1,0 мм, напряжение на трубке – 80-120 kV, сила тока – 20-100 mAs.

Результаты. Аплазия задних соединительных артерий (ЗСА) встречалась у 185 пациентов (26,2%), одной ЗСА — у 153 (21,7%), задних мозговых артерий — у 31 (4,4%), передней соединительной артерии — у 10 человек (1,4%), передней мозговой артерии (ПМА) — у 11 (1,5%). Гипоплазирована ПМА у 33 человек (4,6%). Передняя и задняя трифуркации внутренней сонной артерии выявлены у 165 человек (23,4%). Аневризмы мозговых артерий встречались у 6 человек (0,8%), деформации экстракраниальных артерий — у 512 (72,6%), атеросклероз экстра-интракраниальных артерий — у 173 (24,5%), гипоплазия позвоночных артерий (ПА) у 103 (14,6%), аномалия Киммерли — у 118 (16,7%).

Выводы. МДКТ-ангиография экстра-интракраниальных артерий – неинвазивный, безопасный метод диагностики, который определяет тактику лечения пациента, позволяет уменьшить количество диагностических инвазивных ангиографий.

РОЛЬ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ РОТАТОРНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОПОРОЗОМ

Абдуллаев Р.Я., Дудник Т.А.
Харьковская медицинская академия
последипломного образования,
г. Харьков, Украина;
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина

Вступление. Остеопороз является одной из актуальнейших проблем современного здраво-

охранения как за счет высокой распространенности, так и высокого уровня летальности. Снижение качества жизни этих пациентов обусловлено не только наличием переломов, а и повреждением мягкотканых структур, которые не всегда вовремя диагностируются на фоне поврежденной костной системы.

Цель работы: определить возможности ультрасонографии в диагностике поврежденной ротаторной манжеты плечевого сустава у больных с остеопорозом.

Материалы и методы. Ультразвуковое исследование (УЗИ) проведено 32 пациентам (11 мужчин и 21 женщина) с различными травмами и клиническими признаками разрыва сухожилий ротаторной манжеты плечевого сустава. Возраст обследуемых – 45-79 лет. Для сравнения УЗИ проводилось 16 пациентам без предъявлений каких-либо жалоб на патологию плечевого сустава или же учитывались результаты УЗИ интактного плечевого сустава у обследуемых пациентов. Всем больным проводились рентгенография плечевого сустава и денситометрическая оценка минеральной плотности костной ткани. Ультразвуковое исследование проводилось на сканерах ULTIMA PA (РАДМИР) и Logiq 7 (QE) линейными датчиками с частотой 5-12 МГц путем полипроекционного и полипозиционного сканирования РМП с применением функциональной ультрасонографии и цветного доплеровского картирования. Оценивались следующие признаки: состояние кортикального слоя головки плечевой кости, толщина сухожилий РМП и сухожилия длинной головки бицепса, их структура, васкуляризация, целостность, состояние сумок плечевого сустава.

Частичными считались повреждения с наличием гипозоногенных дефектов: внутрисуставного, внесуставного, внутривольного, дефекта в месте инсерции сухожилия с фрагментарным отрывом хрящевого или кортикального слоя плечевой кости.

Полными считались разрывы при: отсутствии визуализации сухожилий в типичном месте, прерывистости контуров, визуализации концов разорванного сухожилия, наличии фокальных фрагментов хряща головки плечевой кости, прилегании дельтовидной мышцы к головке плечевой кости, наличии соустья с субдельтовидно-субакромиальной сумкой, наличии в ней выпота неоднородной структуры.

Результаты. С помощью комплексного ультразвукового исследования было диагностировано повреждение сухожилия надостной мышцы — частичное у 10 пациентов (31,2%), полное у 8 пациентов (25,0%); повреждение сухожилия подостной мышцы – частичное у 6 пациентов (18,7%), полное у 3 пациентов (9,3%); повреждение сухожилия подлопаточной мышцы — частичное у 3 пациентов (9,3%), полное у 2 пациентов (6,3%). Отрыв сухожилия надостной мышцы с костным фрагментом большого бугорка от места его инсерции наблюдался у 10 пациентов (31,3%). Повреждения РМП, сочетающиеся с переломом большого бугорка, диагностированы у 12 пациентов (37,5%). Повреждения РМП сопровождалась субдельтовидно-субакромиальным бурситом у 27 пациентов

(84,4%), теносиновитом сухожилия длинной головки бицепса — у 29 пациентов (90,6%), повреждением сухожилия двуглавой мышцы — у 7 пациентов (21,9%).

При рентгенографии плечевого сустава изменения выявлялись у 10 пациентов (31,3%) с отрывом костных фрагментов большого бугорка, у 12 пациентов (37,5%) при наличии перелома большого бугорка, у 10 пациентов (31,3%) с признаками локального остеопороза большого бугорка плечевой кости. При ультразвуковой денситометрии показатель T в виде стандартных отклонений от нормы составлял меньше 2,5 SD у 28 пациентов (87,5%), что являлось подтверждением наличия остеопороза (согласно рекомендациям ВОЗ).

Выводы. Наличие остеопороза в большом бугорке плечевой кости является составляющим звеном патогенеза повреждений ротаторной манжеты плеча. Ультрасонография позволяет точно определить характер повреждения элементов ротаторной манжеты, что имеет большое значение для определения тактики лечения.

УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПОРАЖЕНИЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Абдуллаев Р.Я., Дудник Т.А.

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков;
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава*

Вступление. Ревматоидный артрит (РА) — наиболее частое воспалительное заболевание суставов, характеризующееся эрозивным симметричным полиартритом в сочетании с системным иммуновоспалительным поражением внутренних органов. В настоящее время общепризнанным является мнение, что рентгенологическое исследование не позволяет оценить структурные изменения костей на ранней стадии РА, а предоставляет только более поздние признаки активности заболевания, сформировавшиеся в результате изменения кости и хряща. Так, если в развернутой стадии РА чувствительность данного метода достаточно высокая и составляет 77,2%, то в первый год от начала болезни она снижается до 20-30%.

В последние годы разработаны и активно применяются другие неинвазивные методы инструментальной диагностики — магнитно-резонансная томография (МРТ) и ультразвуковое исследование (УЗИ), которые обладают большими возможностями в оценке состояния суставов, так как помимо оценки состояния костной ткани, позволяют количественно и качественно оценить изменения в периартикулярных мягких тканях.

Цель работы: изучить возможности ультрасонографии (УСГ) в оценке состояния мягкотканых структур плечевого сустава у больных с ревматоидным артритом.

Материалы и методы. Ультразвуковое исследование проведено 42 пациентам (25 женщин и

17 мужчин) с клиническими проявлениями ревматоидного артрита с преимущественным поражением плечевых суставов. Возраст обследуемых 18-70 лет. Для сравнения УЗИ проводилось 15 пациентам без предъявления каких-либо жалоб на патологию плечевых суставов. Всем больным проведены: лабораторное исследование (определение СОЭ, ревмофактора, СРБ по общепринятым методикам), рентгенография и МРТ плечевого сустава.

Ультразвуковое исследование проводилось на сканерах ULTIMA PA (РАДМИР) и Logiq 7 (QE) линейными датчиками с частотой 5-12 МГц путем полипроеекционного и полипозиционного сканирования с применением функциональной УСГ и энергетического доплеровского картирования (ЭДК). Оценивались следующие признаки: ровность контура и состояние суставной поверхности головки плечевой кости, толщина сухожилий ротаторной манжеты плеча (РМП) и сухожилия длинной головки бицепса (СДГБ), их структура, васкуляризация, целостность, состояние синовиальной оболочки (СО) сумок плечевого сустава в режиме серой шкалы и в режиме ЭДК.

УЗ-признаками, свидетельствующими в пользу РА, считались:

- утолщение СО > 2 мм или наличие выпота в субакромиально-субдельтовидной сумке, пролиферативные изменения;
- анэхогенная зона, полностью окружающая СДГБ, свидетельствовала о выпоте в полости сухожильного влагалища, причем наличие выпота — об активном воспалительном процессе;
- утолщение или неровность контура сухожильной оболочки считали признаком гипертрофии синовиальной оболочки сухожильного влагалища;
- изменения сухожилия надостной мышцы разделяли на: полный разрыв, частичный разрыв;
- эрозии и неровность контуров суставных костных поверхностей регистрировали кпереди в медиальной и заднелатеральной проекции головки плечевой кости, а также в зонах большого бугорка плечевой кости.

В режиме ЭДК проводили оценку васкуляризации СО по 3-балльной шкале:

0 баллов — отсутствие визуализации паннуса (цветовых сигналов);

1 — незначительная визуализация паннуса (единичные цветовые сигналы);

2 — умеренная визуализация паннуса (умеренное количество цветовых сигналов);

3 — максимальная визуализация паннуса (высокая плотность цветовых сигналов).

Результаты. В результате комплексного ультразвукового исследования было диагностировано: утолщение СО — у 40 пациентов (95,2%), незначительная визуализация паннуса — у 14 пациентов (33,3 %); умеренная визуализация паннуса — у 20 пациентов (47,6%); максимальная визуализация паннуса — у 8 пациентов (19,0%); наличие выпота в субдельтовидно-субакромиальной сумке — у 42 пациентов (100%); эрозии и неровность контуров суставных поверхностей — у 37 пациентов (88,0%), теносиновит сухожилия длинной головки

бицепса – у 35 пациентов (83,3%); повреждение сухожилия надостной мышцы — частичное у 15 пациентов (35,7%), полное — у 8 пациентов (19,5%).

При рентгенографии плечевого сустава были выявлены: у 18 пациентов (42,9%) – эрозивные изменения суставной поверхности головки плечевой кости, у 11 пациентов (26,2%) – сужение суставной щели. Результаты МРТ и УСГ не совпали в 2,9% случаев – при теносиновите СДГБ. В этих случаях при динамической УСГ клиническое улучшение совпадало с исчезновением ультразвуковых признаков синовита.

Выводы. Ультрасонография имеет преимущества перед традиционной рентгенографией и не уступает магнитно-резонансной томографии в диагностике раннего РА при отсутствии эрозивных поражений суставов.

Ультразвуковое исследование позволяет выявить патологию плечевого сустава и поражения периартикулярных мягких тканей на ранней стадии развития ревматоидного артрита.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ОЦЕНКЕ КОСТНЫХ И МЯГКОТКАННЫХ СТРУКТУР ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПОСЛЕ ТРАВМЫ

Крадинов А.И., Гуляева М.С., Могила В.В.,
Черноротов В.А., Черноротова Е.В.

*Государственное учреждение «Крымский
государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского»,
г. Симферополь*

Травматические повреждения позвоночника и спинного мозга — одна из причин инвалидизации и смертности лиц молодого и среднего возраста, что делает их социальной, экономической и значимой проблемой в мире. Инвалидизация после черепно-мозговой травмы достигает 100-150 человек на 100 000 населения (Е.А. Абальмасова, Г.Я. Лукач, Anda S., 1990-2005). В основном травмы спинного мозга получают молодые люди, 80-85% из которых мужчины 15-35 лет. Летальность при травме позвоночника в 50% связана с несвоевременной диагностикой и неадекватным ведением на догоспитальном и госпитальном этапах (М.Е. Полищук, Е.И. Слинко, В.В. Могила, 2001).

Цель работы: повышение эффективности диагностики патологических изменений костных структур и мягкотканых анатомических образований при травматических повреждениях шейного отдела позвоночника.

Материалы и методы исследования. Комплексное клиничко-рентгенологическое обследование проведено 40 больным с травмой шейного отдела позвоночника, госпитализированных в КРУ КТМО «Университетской клинической больницы им. Н.А. Семашко». Из 40 больных травму шейного отдела позвоночника получили 55% (22 пациента) в результате ДТП; 10 (4%) — производственные травмы, 30% (12 пациентов) — связанные с заняти-

ем спортом и отдыхом (2/3 больных при нырянии на мелководье), 5% (2 пациента) — в результате насилия. 29 человек составляли мужчины от 20 до 35 лет, 11 человек женщины в возрасте от 18 до 30 лет. Уровень повреждения: первый шейный позвонки (С₁) — 10%, второй шейный — 25%, повреждения на уровне С₃-С₇ 65%. Неосложненные переломы — 55% (22 человека), осложненные переломы: разрыв спинного мозга, сдавления спинного мозга и его корешков — 20% (8 человек), ушиб спинного мозга — 25% (10 человек).

Результаты проведенного исследования. Рентгенография — у 10 (25%) не диагностированы повреждения костных структур шейного отдела позвоночника. СКТ — у 40 больных обнаружено повреждение костных структур (переломы тел, дужек и суставов отростков позвонков), у 45 больных (12,5%) диагностировано проникновение костных отломков в полость позвоночного канала. При МРТ обнаружено повреждение мягкотканых структур и спинного мозга в виде его компрессии, отека и внутримозгового кровоизлияния. В поздний период травмы обнаружено развитие рубцового процесса, кистообразования, а также повреждение корешков спинномозговых нервов.

Заключение. Анализ полученных клиничко-рентгенологических и компьютерно-томографических исследований позволил разработать стандартизацию диагностического исследования больного с травмой шейного отдела позвоночника, которое позволяет выявить функциональные и анатомические изменения в позвонках, межпозвоночных дисках, позвоночном и корешковых каналах. СКТ является высокоинформативным методом исследования в диагностике незначительных травматических повреждений С₁, С₂, С₆, С₇, которые не всегда выявляются при рентгенографии. МРТ-исследование позволяют получить дополнительную информацию о вовлечении в патологический процесс и изменениях мягкотканых образований, спинного мозга при травматических повреждениях шейного отдела позвоночника.

СТАНДАРТИЗАЦИЯ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ СРЕДОСТЕНИЯ

Крадинов А.И., Черноротов В.А.,
Черноротова Е.В., Крадинова Е.А.

*Государственное учреждение «Крымский
государственный медицинский университет
им. С.И. Георгиевского»,
г. Симферополь*

Согласно данным мировой статистики, количество онкологических заболеваний неуклонно увеличивается. Растет заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей и в нашей стране. Рост онкологической заболеваемости объясняется общим старением населения на Земле. Поэтому проблема своевременной диагностики опухолей средостения сохраняет свою актуальность для выбора оптимальной тактики хирургической или лучевой терапии.

Материал и методы исследования.

Проанализированы клинко-рентгенологические данные 52 больных с опухолями средостения, из которых 24 (47%) составляли злокачественные, а 28 (53%) — доброкачественные опухоли. Возраст больных колебался от 15 до 72 лет, м — 32, ж — 20. В процессе обследования применялись рентгенологическое, компьютерно-томографическое исследование, бронхоскопия, биопсия, аортография, исследование пищевода.

Результаты. Анализ рентгенологических данных позволил определить общие рентгенологические признаки для всех новообразований средостения. К ним относятся: расширение и деформация тени средостения, отклонение расположения трахеи, пищевода, ограничение экскурсии купола диафрагмы, слияние опухолей и кист средостения своим широким основанием со срединной тенью, они не отделяются от последней ни в какой проекции.

Клиническая симптоматика наиболее характерна для злокачественных опухолей, которая характеризовалась общей слабостью (55%), повышением температуры (35%), потливостью (30%), симптомами компрессии органов средостения (60%), расстройством дыхания и кровообращения (40%), нарушением проходимости пищи по пищеводу (35%), болями, одышкой (60%), цианозом губ, отеком лица, шеи (40%).

Обзорная рентгенография позволяла определить наличие опухолевидного образования. КТ-исследование — детализировать структуру патологической ткани с учетом плотности в единицах Хаунсфилда и топоанатомическое расположение. Среди доброкачественных опухолей встречались: тимома (5), за грудинный зоб (2), невринома (3), тератома (3), целомическая киста перикарда (4), анемалия развития аорты (8), аневризма аорты (3). Среди злокачественных опухолей лимфогрануломатоз (12), лимфосаркома (7), медиастинальный рак (3), метастазы (2).

Злокачественные опухоли при рентгенологическом исследовании характеризовались асимметричным расширением тени средостения, с неровными, волнистыми контурами, «симптомом кулис», что свидетельствовало о росте опухоли из нескольких лимфоузлов, у 4 больных отмечался парез правого купола диафрагмы, осиплость голоса, у 6 больных — «синдром верхней полой вены».

В переднем средостении наиболее часто встречались: тимомы, тератодермоидные образования, тератома, целомическая киста перикарда. В среднем средостении — лимфоопухоль, кисты. В заднем средостении — неврогенные опухоли.

Для дифференциальной диагностики доброкачественных опухолей от аневризмы, трем больным проводили аортографию, для уточнения за грудинного зоба двум больным проводили сцинтиграфию с радиоактивным йодом.

Вывод. Дифференциальную диагностику опухолей средостения следует проводить в виде стандартизированного исследования, начинающего с осмотра врача, обзорной рентгенографии грудной

клетки в двух проекциях, СКТ-исследования, по показаниям — аортографию, сцинтиграфию, контрастированное исследование пищевода, что позволяет уточнить диагноз и определить оптимальный метод лечения — хирургический или лучевую терапию. СКТ-исследование детализирует структуру образования различной плотности от минус 60-80 едН (жировая ткань) до 1 000 едН (обызвествления).

ПРИМЕНЕНИЕ КТ-АНГИОГРАФИИ ДЛЯ ВИРТУАЛЬНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ ПРИМЕНЕНИИ ЛОКАЛЬНЫХ ПЕРФОРАНТНЫХ ТРАНСПОЗИЦИОННЫХ ЛОСКУТОВ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ СТОПЫ

Куликова Ф.И., Слесаренко С.В.,
Чердиченко Н.А., Слесаренко К.С.
*Центр термической травмы и пластической
хирургии, г. Днепропетровск*

Актуальность. Комбинированные травмы стопы с субтотальной утратой кожного покрова и мягких тканей является одной из наиболее сложных проблем в реконструктивной хирургии.

В мировой практике для реконструкции таких раневых дефектов в последнее время все чаще применяется такой вид пластики, как комбинация перфорантных транспозиционных кожно-фасциальных лоскутов в сочетании с пересадкой кожных трансплантатов на гранулирующие раневые поверхности. Однако существующие анатомические вариации и сравнительно небольшие размеры этих сосудов требуют предоперационного определения наличия функционирующих перфорантных сосудов.

Цель: обеспечить эффективную диагностику для определения особенностей васкуляризации донорских (суральной и медиальной надлодыжечного кожных лоскутов) и реципиентной областей для оптимизации хода вмешательства и улучшения результатов хирургического лечения.

Материалы и методы. Двум пациентам с комбинированными травмами стопы с субтотальной утратой кожного покрова и мягких тканей была проведена КТ-ангиография с 3D-реконструкцией сосудистой системы донорских и реципиентной областей. Это позволило максимально точно лоцировать суральную и медиальную надлодыжечную артерии, определить их диаметр, и исходя из этого, оптимальную зону донорских лоскутов.

Результаты. Предоперационное проведение КТ-ангиографии с 3D-реконструкцией позволило оптимально спланировать ход операции, сократить интраоперационное время пребывания пациента под наркозом и избежать возможных ишемических осложнений.

Выводы. Предоперационная подготовка с использованием КТ-ангиографии с 3D-реконструкцией позволяет оптимизировать реконструктивное хирургическое лечение пациентов с комбинированными травмами стопы с субтотальной утратой кожного покрова и мягких тканей.

ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНЕ СКТ-ДОСЛІДЖЕННЯ ВАЖКИХ ФОРМ СКОЛІОТИЧНОЇ ХВОРОБИ У ДІТЕЙ

Мангов А.В.¹, Шармазанова О.П.²,
Кульпіна К.О.¹, Курілов Д.І.¹, Петренко Д.Є.³,
Мезенцев А.О.³

¹«Європейський Радіологічний Центр», м. Харків;
²Харківська медична академія післядипломної освіти;
³ДУ "Інститут патології хребта та суглобів
ім. проф. М.І. Ситенка", м. Харків

Важкі форми сколіозів являють собою деформацію хребта у фронтальній площині більше 40° з вираженими вторинними деформаціями грудної клітки і патологічними змінами в легенях та середостінні, що необхідно враховувати при плануванні оперативного лікування.

Мета: передопераційна оцінка змін хребта та грудної клітки при плануванні оперативного лікування у дітей з важкими формами ідіопатичного сколіозу за допомогою спіральної комп'ютерної томографії (СКТ).

Матеріали та методи. Обстежено 63 дитини на ідіопатичний сколіоз віком від 7 до 18 років з важкими ступенями деформації хребта (середній вік пацієнтів становив 14±2,8 років). Усім дітям була проведена рентгенографія та СКТ хребта та органів грудної порожнини, виконувалися мультипланарні (MPR) і тривимірні (3D) реконструкції хребта, грудної клітки, визначався кут ротації верхівкового хребця на аксіальних КТ-зображеннях.

Результати. Всі діти відносилися до 4 ступеня вираженості сколіотичної хвороби, з них з деформацією від 40 до 90° було 39 дітей (61,9%), більше 90° — 24 пацієнта (38,1%). С-образний сколіоз грудопоясничного відділу хребта виявлений у 54%, S-образний — у 46% пацієнтів. На аксіальних КТ-зображеннях виявлялася патологічна ротація хребців, яка була максимально виражена на висоті викривлення. Кут ротації верхівкового хребця стосовно передньої серединної лінії тіла коливався в межах від 33 до 101, кут ротації стосовно сагітальної площини — від 19 до 65, кут бічної девіації верхівкового хребця стосовно серединної лінії — від 13 до 38. Реберний горб був різко виражений у пацієнтів з кутом скривлення >90. У більшості пацієнтів виявлявся різний ступінь гиповентиляції сегментів легень на боці скривлення, зсув органів середостіння в протилежний бік, порушення топографії судин легень, аорти.

Висновок. СКТ хребта є обов'язковим методом променевої діагностики для рутинного передопераційного планування при важких формах ідіопатичного сколіозу у дітей.

РОЛЬ МРТ У ДІАГНОСТИЦІ ПОШКОДЖЕНЬ ТА ЗАХВОРЮВАНЬ ПЛЕЧОВОГО СУГЛОБА

Тютюнник І.М., Негря Н.М.
Діагностичний центр «Медекс», м. Київ

Вступ. Плечовий суглоб — найбільш рухливий суглоб людського організму. Рухи в плечовому суглобі здійснюються у всіх трьох площинах, але за збільшення обсягу рухів у суглобі нам доводиться розплачуватися зменшенням його стабільності.

Будучи одним з найбільш рухливих суглобів людського тіла, плечовий суглоб досить часто пошкоджується. Це пояснюється тонкістю його суглобової капсули, а також великою амплітудою можливих у ньому рухів.

Матеріали та методи. У ДЦ «Медекс» методом МРТ на апараті SIEMENS MagnetomAvanto SQ з індукцією магнітного поля 1,5 Т протягом року обстежено 837 пацієнтів віком 16-74 років із скаргами на біль та обмеження рухів у плечовому суглобі. Застосовано послідовності, зважені за протонною щільністю з пригніченням сигналу від жирової тканини (PDFS) та T1WI в стандартних проекціях.

Результати та обговорення. МР-ознаки передньої нестабільності (деформація голівки плечової кістки Hill-Sachs, пошкодження суглобової губи Bankart) виявлені у 98 пацієнтів. У 4 пацієнтів виявлено МР-ознаки задньої нестабільності (зворотний Hill-Sachs та Bankart). МР-ознаки субакроміального імпінджменту (зміни структури сухожилку надостового м'яза) різного ступеня визначалися у 685 пацієнтів. Різні типи SLAP-пошкодження суглобової губи було виявлено у 264 пацієнтів. Пошкодження сухожилку довгої голівки біцепса (pulleylesion) визначалося у 144 пацієнтів. Травматичний перелом голівки плечової кістки — у 18 пацієнтів, кальцинуючий тендиніт — у 28 пацієнтів, адгезивний капсуліт — у 197 пацієнтів, асептичний некроз голівки плечової кістки — у 2 пацієнтів, остеомієліт — в 1 пацієнта, інфаркт кісткового мозку — в 1 пацієнта.

Висновки. На МРТ плечових суглобів, крім кісткових структур, візуалізуються м'якотканні складові суглоба, включаючи хрящі, сухожилля, м'язи, зв'язки, синовіальні сумки, диференціюються дегенеративні зміни в суглобі, травматичні пошкодження, запальні процеси та новоутворення, тому МРТ є найбільш інформативним неінвазивним інструментальним методом діагностики пошкоджень та захворювань плечового суглоба.

СОНОГРАФІЧНІ МОЖЛИВОСТІ ВИВЧЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ЗМІН СТАНУ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Нечипуренко К.О.¹, Ганнова О.В.¹,
Бобро Н.С.², Сіренко Д.В.²

¹Донецьке Обласне Клінічне Територіальне
Медичне Об'єднання;

²Донецький національний медичний університет
ім. М. Горького

Мета дослідження: вивчити стан біліарної системи у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) із супутньою патологією.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 66 хворих із ГХ II стадії віком від 42 до 67 років у сполученні з функціональними розладами жовчного міхура. Для вивчення моторної функції біліарної системи використали стандартизовану

методику динамічної ультразвукової холецистографії (ДУХГ) із проведенням проби з харчовим подразником. Оцінювали: вихідний об'єм жовчного міхура (ЖМ) (мл); ступінь максимального скорочення ЖМ (%); тривалість фази скорочення (хв); відносну швидкість жовчовиведення (хв).

Результати. Результати ДУХГ дозволили розподілити пацієнтів у такий спосіб: у 52 (78,8%) хворих виявлено гіпотонічно-гіпомоторний варіант дискінезії жовчного міхура, а в 14 (21,2%) спостерігався гіпертонічно-гіперкінетичний тип. Гіпомоторний тип ФРЖМ характеризувався збільшенням об'ємом ЖМ ($30,4 \pm 9,2$ мл), зниженням відносної швидкості жовчовиділення ($0,47 \pm 0,18\%/хв$) і ступеня максимального спорожнювання ЖМ ($35,1 \pm 6,3\%$). У пацієнтів із гіпермоторним типом ФРЖМ спостерігалось зменшення об'єму ЖМ ($23,7 \pm 6,7$ мл), підвищена швидкість жовчовиділення ($1,57 \pm 0,21\%/хв$).

Висновки. Таким чином, застосування сонографічних методів обстеження пацієнтів із гіпертонічною хворобою сприяє виявленню змін з боку гепатобіліарної системи, які могли впливати на перебіг основного захворювання, модифікуючи імунзапальні реакції й змінюючи вегетативний баланс у симпатикотонічний бік.

МР-АНГІОГРАФІЯ ПОЗВОНОЧНИХ АРТЕРІЙ У ПАЦІЄНТОВ С НАЛИЧИЕМ И БЕЗ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Вакуленко І.П., Палкіна А.А., Тулупова О.Н., Шульженко Н.А., Ахмед Джемая, Мухина В.І.
Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького; Донецкое Областное Клиническое Территориальное Медицинское Объединение

Цель работы. Оценка диаметра позвоночных артерий (ПА) в разных возрастных группах и частоты встречаемости патологии (ишемических очагов) головного мозга (ГМ) в зависимости от изменений в ПА.

Материалы и методы. Пациентам была выполнена МРТ головного мозга и сосудов. Обследовано 94 пациента, которые были разделены по обращаемости на 2 группы: 1-я – профилактическая (самостоятельно обратившиеся), 2-я – клиническая (по направлению невропатолога). В каждой из них выделялись наблюдения по 3 возрастным группам: до 40 лет, 41-59 лет, более 60 лет.

Результаты. В профилактической группе на исследование пациентов до 40 лет пришло 40%, 41-59 лет – 35%, после 60 лет – 25%. Однако сужение ПА до 40 лет было выявлено всего лишь в 13% случаев, в группе 41-59 лет – в 35%, после 60 лет – 64%. Ишемические изменения ГМ до 40 лет выявлены в 26%, в 41-59 лет – 55%, после 60 лет – 93%. В клинической группе до 40 лет было 19% из общего числа обследованных, в 41-59 лет – 49%, после 60 лет – 32%. Минимум изменений в ГМ выявлено у пациентов до 40 лет (22%), 41-59 лет – 43%, после 60 лет – 93%. Диаметр ЛПА в профилактической группе до 40 лет имел меньшие значения, чем ППА (ЛПА – 67%; ППА – 33%). В 41-59 лет

чаще была патологически сужена ППА (71%). После 60 лет чаще наблюдался малый диаметр ППА (66%). В клинической группе сужение ППА встречалось чаще во всех возрастных периодах и имело более выраженный характер.

Выводы. Скринингом своего здоровья больше занимаются молодые люди. Пожилые пациенты обращаются уже со сформированным неврологическим дефицитом, который коррелирует с наличием патологии ПА. Сужение ППА встречается гораздо чаще, чем ЛПА, во всех возрастных группах.

РОЗРАХУНКОВО-ГРАФІЧНЕ ПРОГРАМНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЛЯ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ КОНТУРІВ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК

Шармазанова О.П.¹, Аврунін О.Г.²,
Авер'янова Л.О.², Лопіна Т.О.¹

¹Харківська медична академія
післядипломної освіти;
²Харківський національний університет
радіоелектроніки, Україна

Мета дослідження. Оцінка градієнтних характеристик зображення на переході м'які тканини — кістка.

Матеріали та методи. Розроблено розрахунково-графічне забезпечення, яке дозволяє чітко візуалізувати перепад інтенсивності «м'які тканини — кісткова структура» шляхом проведення автоматизованого денситографічного аналізу, заснованого на автоматичній обробці характеристик профілю інтенсивності між двома точками (розподілу інтенсивності вздовж заданої лінійної траєкторії) на рентгенограмі.

Результати дослідження. Рентгенограмометрія часто проводиться візуально за допомогою рутинних операцій (вимірювань за допомогою циркуля і лінійки), що ускладнює точне визначення зовнішніх і внутрішніх меж кістки і призводить до помилок вимірюваних параметрів. Розрахунково-графічне забезпечення дозволяє визначити межі кісткових структур на підставі побудови денситограм, які відображаються як різкі перепади інтенсивності (щільності). Автоматизований аналіз денситограм зводиться до оцінки градієнтних характеристик рентгенівських зображень на переході від низькоінтенсивних м'яких тканин до кісткових структур. Робота з програмним забезпеченням зводиться до завантаження відповідного зображення в цифровому форматі і інтерактивної вказівки початкової та кінцевої точок траєкторії денситограми. Всі подальші операції — побудова профілю інтенсивності, його похідної по координаті, визначення відповідних граничних точок денситограми і розрахунок розмірів кортикального шару і кістково-мозкової порожнини трубчастих кісток, а також кортикального індексу проводяться повністю в автоматичному режимі.

Висновки. Аналіз рентгенівських зображень кісткових структур за допомогою розробленого розрахунково-графічного програмного забезпечення дозволяє об'єктивізувати процес рентгенограмометрії за рахунок автоматичного визначення градієнтних характеристик контурних сегментів

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОБРАЗОВАНИЙ В ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ

Савин А.А., Опрышко В.В., Прокопенко О.П.,
Мальченко А.Г., Олейникова А.А.,
Подоляк Н.В., Абдуллаева М.М.,
Островский А.И., Капитан Н.М.

*Государственное учреждение “Крымский госу-
дарственный медицинский
университет им. С. И. Георгиевского”,
г. Симферополь, АР Крым, Украина*

Уточненная диагностика образований в подчелюстной области, их распространение при различных патологических процессах является актуальной проблемой. Для уточненной диагностики применяется рентгенологический метод, ультразвуковое исследование, сиалография, компьютерная томография (КТ, СКТ), магнитно-резонансная томография (МРТ).

Цель исследований

Определить эффективность различных лучевых и нелучевых методов диагностики на ранних этапах обследования при различной патологии в подчелюстной области.

Материал и методы. Проведен анализ результатов комплексного обследования 48 пациентов с образованиями в подчелюстной области. Мужчин было 29, женщин – 19 в возрасте 34-67 лет. Всем пациентам произведена рентгенография в прямой и боковой проекции, ультразвуковое исследование подчелюстной области, спиральная компьютерная томография выполнена в 32 случаях. Обязательно производилась ЭКГ. Выявлено: рак нижней челюсти — 5 (набл.), посттравматический остеомиелит — 7, камень в слюнном протоке — 18, опухоль околоушной слюнной железы — 4 (набл.), киста околоушной слюнной железы – 6, лимфоаденит — 5, метастатическое поражение лимфатических (л/у) — 3 (набл.).

Результаты. При рентгенографии нижней челюсти в 2-х проекциях у больных со злокачественной опухолью нижней челюсти хорошо определялся участок деструкции костной ткани с неровными контурами и припухлостью в подчелюстной области. При посттравматическом остеомиелите наблюдались основные рентгенологические признаки. Камень в проекции слюнного протока выглядел на рентгенограмме в виде дополнительной тени различного размера.

По данным УЗИ основными признаками опухоли в околоушной слюнной железе являлось гипоехогенное образование неправильной овальной формы с нечеткими контурами. При кисте в околоушной слюнной железе наблюдалось эхонегативное образование округлой, овальной формы с четкими контурами без внутренних включений, почти всегда определялся эффект дорсального усиления. При метастатическом поражении подчелюстных лимфатических узлов обычно наблюдалось несколько гипоехогенных структур без характерной для нормальных лимфатических узлов диффе-

ренциации внутренней капсулы. При подозрении на злокачественный процесс обязательно в сферу УЗИ-исследования были включены шейные и надключичные лимфатические узлы. При лимфоаденитах изменения в л/у наблюдались такие же, как и при метастатическом поражении. Дополнительную информацию получали при проведении доплерографии, при которой даже энергетический доплер указывал на злокачественную природу изменений в виде богатого кровоснабжения. Во всех случаях при УЗИ выполнялась пункция с последующим исследованием полученного материала.

Метод СКТ имел неоспоримые преимущества по сравнению с обычным рентгенологическим методом и данными ультразвукового исследования, которые позволяли более детально уточнить локализацию, протяженность поражения, распространенность патологического процесса на окружающие органы и ткани, а также состояние костной ткани.

При СКТ основными признаками опухолевого поражения подчелюстной области являлись наличие дополнительного образования, исчезновение или деформация нормальных анатомических элементов этой области, замещение или деформация жировых межмышечных прослоек. Перед хирургическим вмешательством учитывались по ЭКГ факторы риска возникновения сердечно-сосудистых осложнений (признаки рубцовых изменений миокарда, признаки аневризмы, гетеротопный ритм или частая предсердная экстрасистолия).

Выводы. Комплекс диагностических методов дает возможность получить информацию для установления правильного диагноза, что позволяет наиболее рационально планировать лечение данного контингента больных.

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ОБРАЗОВАНИЙ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА

Савин А.А., Опрышко В.В., Прокопенко О.П.,
Мальченко А.Г., Олейникова А.А., Подоляк Н.В.,
Островский А.И., Шепетковский И.И.

*Государственное учреждение «Крымский
Государственный медицинский
университет им. С.И. Георгиевского»,
г. Симферополь, АР Крым, Украина*

Ранняя диагностика злокачественных опухолей окологлоточного пространства затруднена ввиду поздней обрабатываемости больных за медицинской помощью, спустя 3–4 месяца после появления первых клинических симптомов. Диагностика образований в окологлоточном пространстве, их распространение на окружающие органы и ткани, а также раннее выявление метастатически пораженных лимфатических узлов в современных условиях является актуальной проблемой.

Цель исследований. Изучение эффективности новых информационных технологий в диагностике и оценке распространенности новообразований окологлоточного пространства.

Матеріал и методи . Поведен анализ комплексной диагностики 43 пациентов с подозрением на опухоль в окологлоточном пространстве. Мужчин было 33, женщин – 10 в возрасте от 39 до 67 лет. У 6 больных была выявлена опухоль околоушной слюнной железы. Из 29 больных, у которых была диагностирована опухоль носоглотки, в 15 наблюдениях отмечалось распространение новообразования в полость носа, клетки решетчатого лабиринта и верхнечелюстную пазуху. Опухоль глотки, выявленная у 8 больных, в 2 случаях распространялась на вестибулярный отдел гортани, в 3 — на носоглотку, из которых у 2-х проросла в полость носа, а у 1-го интракраниально. Среди всех обследованных больных деструкция костной ткани выявлена в 11 наблюдениях. Всем больным было проведено полное клиническое обследование, передняя и задняя риноскопия, фарингоскопия. Производилась пальпация зон регионарного лимфатического оттока, рентгенограммы черепа выполнялись в носоподбородочной, аксиальной проекциях, боковые снимки глотки. Спиральная компьютерная томография (СКТ) произведена у всех больных. В 7 наблюдениях СКТ была произведена в динамике после проведенного лечения (3 случая опухоли ротоглотки и в 4-х наблюдениях опухоль околоушной слюнной железы).

СКТ выполняли по программе исследования глотки; лежа на спине и лежа на животе с максимальным разгибанием шеи. Анализ компьютерных томограмм включал в себя визуальную оценку, состоящую из анатомической идентификации видимых структур, расположенных или располагающихся в норме в этом месте образований, оценки формы, размеров, контуров и структуры патологических образований, оценки состояния соседних с глоткой областей. Неотъемлемым этапом интерпритации изображения был денситометрический анализ патологических образований. Исследование производилось сначала без внутривенного усиления, затем и с внутривенным усилением. Используемые программы позволили сократить время, затрачиваемое на исследование, за счет стандартизации укладок и выбора оптимальных режимов сканирования, а также получить максимальную диагностическую информацию.

Для подчеркивания краев костной ткани использовали алгоритм “высокого разрешения” (“high resolution”) и фильтр, носящий название “костного окна” (“bone Window”).

Результаты. При СКТ основными признаками опухолевого поражения носо- и гортаноглотки являлось исчезновение или деформация нормальных анатомических элементов этих областей, наличие дополнительного образования, замещение опухолевой тканью мышц, формирующих стенку глотки, замещение или деформация жировых межмышечных прослоек.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что при повторном исследовании, после оперативного лечения у больных с ангиофибромой глотки выявлен рецидив опухоли. Дополнительное образование определялось в окологлоточном про-

странстве с распространением в верхнечелюстную пазуху и пазухи решетчатой кости, просвет глотки был асимметричен, на боковой поверхности определялось дополнительное образование с относительно ровными контурами, плотностью от 42 до 64 ед. НИ. Используя данные реконструкции, а также детальный денситометрический анализ, представилась возможность объективно оценить размеры, форму, распространенность дополнительного образования, а также участки деструкции костной ткани. У 4-х больных с заболеваниями околоушной слюнной железы после проведенного курса химиотерапии при контрольном СКТ была выявлена положительная динамика проведенного лечения. Опухолевидное образование по сравнению с данными первичного исследования уменьшилось в размерах, ранее определяемая деформация ротоглотки стала меньше, просвет глотки увеличился. Денситометрический анализ опухоли позволил объективно оценить ее более однородную структуру (до лечения — 32-54 ед. НИ, после лечения — 39-48 ед. НИ). У всех больных в зону сканирования была включена подчелюстная область, что позволило одновременно судить о состоянии лимфатических узлов.

Выводы. Использование в диагностике новых информационных технологий дает возможность получить информацию для установления правильного диагноза, установить распространенность патологического процесса, что позволяет наиболее рационально планировать хирургическое и комбинированное лечение данного тяжелого контингента больных. При оценке эффективности лечения опухолей окологлоточного пространства предоставляется возможность объективно оценивать радикальность проведенного лечения, а также диагностировать рецидив новообразования, включая их интракраниальное распространение на ранней стадии еще до появления клинических признаков.

МСКТ У ДИНАМІЧНОМУ СПОСТЕРЕЖЕННІ ЗА ПАЦІЄНТАМИ В ПРОЦЕСІ ХІМІОПРОМЕНЕВОГО ЛІКУВАННЯ

Дудій П.Ф., Романчук В. Р., Черняк І.Г., Андріїв А.В., Чепіль Н.І., Белегай А.З.

Івано-Франківський обласний клінічний онкологічний диспансер;

Івано-Франківський національний медичний університет

В даний час рак є однією з основних причин смерті у всьому світі. За прогнозами ВОЗ, без необхідних заходів у період з 2005 року по 2015 рік помре 84 млн людей.

На сьогоднішній день в арсеналі медицини є велика кількість методів лікування пацієнтів з онкологічною патологією. Важливим при цьому є динамічне спостереження за результатами лікування.

Мета . Вивчити можливості МСКТ у динамічному спостереженні при лікуванні онкологічних хворих.

Матеріали і методи. У серпні 2012 року в рамках благодійного проекту Фонду Ріната Ахметова

«Розвиток України» в Івано-Франківському обласному клінічному онкологічному диспансері був встановлений 16-зрізовий спіральний комп'ютерний томограф Toshiba Aquilion LB.

Протягом року нами обстежено 55 пацієнтів у процесі хіміопроменевого лікування, середній вік хворих становив 50 ± 5 років, серед них 27 жінок (49%) і 28 чоловіків (51%). Обстежені хворі з наступними діагнозами: рак грудної залози – 5 випадків (9%), рак легенів – 10 випадків (18%), лімфоми – 11 (20%), онкогінекологічні захворювання – 10 (18%), онкоурологічна патологія – 7 (13%), інші – 12 (22%).

Терміни та об'єм динамічного МСКТ-дослідження визначались згідно з рекомендаціями клінічних протоколів та стандартів діагностики і лікування онкологічних хворих.

Результати. В процесі МСКТ-досліджень позитивна динаміка відмічалась у 15 випадках (27%), негативна динаміка у вигляді прогресування основного вогнища або появи вторинного ураження — у 18 випадках (33%), стабілізація основного процесу або відсутність продовження захворювання у пролікованих пацієнтів відмічалась у 22 випадках (40%).

Висновки. МСКТ-дослідження є високоінформативним методом у динамічному спостереженні за онкологічними пацієнтами в процесі хіміопроменевого лікування.

**РОЛЬ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ
НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ
ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ
МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ
НА САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЭТАПЕ**

Черноротов В.А., Крадинов А.И., Царев А.Ю.,
Черноротова Е.В.

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского; НИИ физических методов лечения и медицинской климатологии им. И.М. Сеченева, г. Симферополь, г. Ялта, Украина

Остеохондроз позвоночника, проявляющийся неврологическими симптомами, является наиболее частым заболеванием. Диагностические ошибки в выявлении причин болевого синдрома при дегенеративно-дистрофических поражениях позвоночника колеблются от 24 до 50% (В.Ф. Филюк, О.В. Сергиони, М.Е. Полищук, 1998; В.А. Рогожин, Т.М. Бабкина, Л.Г. Розенфельд, 2000 и др.).

Целью работы явилось изучение патогенеза причин болевого синдрома шейного отдела позвоночника (ШОП) с целью назначения наиболее эффективных физических методов лечения в условиях санаторной реабилитации.

Материал и методы . Обследовано 300 больных, поступивших на санаторную реабилитацию с остеохондрозом ШОП, в возрасте от 15 до 84 лет (мужчин — 98, женщин — 202). Длительность заболевания остеохондрозом ШОП колебалась от одного года до 20 лет и более. Всем больным проведено клинико-неврологическое, рентгенографи-

ческое, по показаниям СКТ- и МРТ-исследования ШОП. У 85 (28%) больных наблюдалась артериальная гипертензия, у 110 (36,6%) пациентов — дисциркуляторная энцефалопатия.

Результаты исследования. Характер неврологических синдромов проявлялся у 55 пациентов (18%), цервикокраниоалгией у 115 (37%), синдром вегетативных нарушений у 45 (15%), вестибуло-атактический синдром у 25 (8,3%), цервико-торакальный у 40 (13%), вертебро-базилярный синдром у 28 (9,3%). Патогенетическими факторами клинико-неврологической полисиндромности, как показали рентгенологические, СКТ- и МРТ-исследования, был комплекс причин, визуализированных указанными методами исследования у пациентов с остеохондрозом ШОП: хондроз диска, остеохондроз, патологическая подвижность ПДС, сдавления остеофитами, повреждения связочного аппарата, спондилоартроз, грыжи межпозвоночных дисков и др.

С учетом клинико-неврологических проявлений эффективным при санаторной медицинской реабилитации оказался классический массаж воротниковой зоны, шеи и головы в сочетании с АС «Полиол» у больных с явлениями вегетативной дисфункции, психоэмоциональной лабильности, вазомоторных головных болей, артериальной гипертензии в сочетании с остеохондрозом шейно-грудного отдела позвоночника.

Был рекомендован вакуум-аромамассаж, который оказался эффективным у пациентов с артериальной гипертензией I ст., соматоформной вегетативной дисфункцией, венозной церебральной недостаточностью, с остеохондрозом позвоночника, с цервикокраниоалгией, с мышечно-тоническими, нейродистрофическими проявлениями.

Ультрафонофорез с АС «Полиол» показан пациентам с остеохондрозом ШОП в сочетании с неврологическими вертеброгенными синдромами с явлениями вегето-сосудистой дисфункции.

Выводы. Качественно проведенные диагностические рентгенологические, СКТ- и МРТ-исследования ШОП пациентов, поступивших на санаторную медицинскую реабилитацию с клинико-неврологическими проявлениями, позволили выявить патогенетические факторы этих синдромов и проводить эффективную индивидуализацию комплексного физического лечения.

**СТАНДАРТИЗИРОВАННАЯ ДИАГНОСТИКА
ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ
ПОРАЖЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА
ПОЗВОНОЧНИКА НА ЭТАПЕ
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ**

Черноротов В.А.

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь, Украина

Дистрофически-дегенеративные поражения — наиболее часто встречающиеся заболевания

позвоночника. Известно, что после 30 лет каждый пятый человек в мире страдает дискогенной невралгией, являющейся одним из синдромов остеохондроза (Г.С. Юмашев, М.Е. Фурман). Поэтому вопросы клинической практики, в частности наличие болевых симптомов при многих заболеваниях спинного мозга и позвоночника, с целью уточнения топической и дифференциальной диагностики требуют использования лучевых методов исследования. Однако диагностические ошибки в выяснении причины возникновения компрессионного синдрома колеблются от 24 до 50% (В.Ф. Фі-люк, О.В. Сергіоні, 1994; В.Н. Корниенко, 1996.; М.Е. Поліщук, 1998; В.А. Рогожин, Т.М. Бабкина, Л.Г. Розенфельд, 2000 и др.). По частоте заболевания дегенеративно-дистрофические изменения шейного отдела позвоночника занимают второе место после поясничного. Важно отметить, что широкое распространение этого заболевания приводит к временной или стойкой потере трудоспособности, что придает этой проблеме социальное значение (Я.Ю. Попелянский, 1983; Г.С. Юмашев, П.Л. Жарков, 1994; Ю.П. Корж, 2007).

В связи с вышеизложенным точное определение причины нарушений и локализации патологического процесса при шейных вертебральных болевых синдромах и причины дизэнцефальных проявлений является одной из ключевых проблем практической и теоретической медицины.

Целью настоящей работы явилось обобщение опыта применения рентгенографии, спиральной компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и дуплексного сканирования сосудов шеи в диагностике остеохондроза шейного отдела позвоночника.

Материал и методы. Обследовано 250 больных в возрасте от 25 до 74 лет, которые страдали шейным болевым синдромом — 100 (40%) и дисциркуляторной энцефалопатией — 150 (60%). Женщин — 135 (54%), мужчин — 115 (46%). Для выяснения причины клинических проявлений 131 больному проводили ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий. Оценивались: ход сосудов, состояние комплекса интима-медиа, толщина комплекса в стандартных точках, наличие атеросклеротических бляшек, наличие и степень гемодинамических значимых стенозов. 94 пациентам с болевым синдромом проведено обследование методом спиральной компьютерной томографии. КТ-срезы оценивались по общепринятой схеме анализа рентгеновского изображения. 43 из этих больных проведена магнитно-резонансная томография (МРТ). Большинство больных приходили в клинику с предварительно сделанными рентгенограммами шейного отдела позвоночника. Последовательность и выбор наиболее эффективных методов исследований зависели от характера и выраженности клинико-неврологических симптомов.

Результаты. При дуплексном сканировании у 31% не было выявлено патологии. У 29% больных выявлены атеросклеротические поражения сосудов, у 11% — аномалия хода (высокое вхождение),

у 22% — извитость сосудов, компрессия сосудов в сегментах V₂ выявлена у 25% больных. У 2 пациентов обнаружена гипоплазия позвоночных артерий.

При СКТ-исследовании у больных были выявлены признаки хондроза в позвоночном сегменте в виде: уменьшения высоты межпозвоночного диска, скошенной формы передних отделов тел позвонков, симптомы смещения позвонков, локальные нарушения формы позвоночного столба на уровне измененного диска, субхондральный остеосклероз, краевые костные разрастания, явления артрозов унковертебральных суставов с гиперплазией крючковидных отростков, приводящих к сужению отверстий поперечных отростков с латеральной поверхности, а межпозвоночных отверстий нередко с двух сторон. При СКТ-исследовании при дегенеративно-дистрофических поражениях позвоночника у некоторых больных наряду со снижением высоты межпозвоночного диска выявлялись небольших размеров пузырьки газа. Наиболее часто поражались сегменты C₅-C₆, за ним C₄-C₅, C₃-C₄.

Выявленные при СКТ-исследовании шейного отдела позвоночника дегенеративно-дистрофические изменения проявлялись неврологическими болевыми синдромами. У 24% больных при болевом синдроме признаков патологии при СКТ-исследовании выявлено не было. У 12% отмечалось сужение позвоночного канала, у 19% — сужение межпозвоночных отверстий, артроз унковертебральных сочленений отмечался у 25%, дегенеративные изменения межпозвоночных дисков — у 20% больных.

МРТ-исследования дополняли полученные результаты при СКТ и ультразвуковом дуплексном сканировании более точным определением степени дегенеративных изменений в дисках (их дегидратации), степени компрессии интрадурального пространства, изменений в спинном мозге, связочном аппарате, особенно при утолщении и оссификации. МРТ является наиболее целесообразной при исследовании мягкотканых изменений ниже-шейного отдела позвоночника, особенно в тех случаях, когда объяснить причину неврологических нарушений с помощью других методов исследования не удается.

Выводы. Таким образом, диагностический процесс дегенеративно-дистрофического поражения шейного отдела позвоночника на этапе восстановительного лечения должен строиться в определенной последовательности, в зависимости от клинических проявлений, с учетом разрешающих возможностей лучевых и других методов исследования.

Показанием для стандартизированного исследования шейного отдела позвоночника должно быть клиническое подозрение на дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике и возникающие при них вегетативно-сосудистые, корешковые и спинальные нарушения. Применение ультразвукового дуплексного сканирования, СКТ- и МРТ-исследований позволяет достоверно выявить сосудистые, костные и мягкотканые изменения, т.е. уточнить причину вертеброневро-

логических проявлений остеохондроза шейного отдела позвоночника, вносит коррективы в этиопатогенетическое лечение и оценить эффективность проводимой терапии на этапе восстановительного лечения.

**ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОЕ
ТУБЕРКУЛЕЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ:
КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ**

професор Бабкина Т.М., Чеботарева А.М.
Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика;
ООО «Ланжерон»
г. Киев, Украина

Актуальность вопроса обусловлена частой встречаемостью туберкулёза легких как оппортунистической инфекции на фоне синдрома приобретенного иммунодефицита, а также недостаточным практическим внедрением алгоритмов диагностики патоморфологических проявлений поражения легких у данной категории пациентов.

Материалы и методы. На протяжении 2010 - 2012 гг. нами обследовано 153 ВИЧ-инфицированных пациентов, у 70 из которых диагностирован ВИЧ-ассоциированный туберкулёз легких. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц. Всем исследуемым была проведена мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки, необходимость в которой была обусловлена недостаточной информативностью рутинного рентгенологического исследования. Лабораторная верификация диагноза ВИЧ-инфекции проведена всем пациентам.

У 29 пациентов диагностирован очаговый туберкулёз легких, у 44 пациентов — инфильтративные и диссеминированные формы туберкулёза легких. Особенностью КТ-семиотики поражений органов грудной клетки у ВИЧ — инфицированных пациентов явилось существенно более частое выявление лимфаденопатии. Причем наиболее информативным показателем явилась толщина коркового слоя аксиллярных лимфоузлов свыше 4-5 мм. Характерно также, что у пациентов с туберкулёзом легких на фоне ВИЧ-инфекции отмечено частое вовлечение медиастинальной лимфаденопатии, в сравнении с ВИЧ-инфицированными пациентами без туберкулёза легких.

У пациентов с сопутствующей ВИЧ-инфекцией также определялось более частое выявление эмфиземы легких, проявляемость указанной взаимосвязи была связана с состоянием лимфатического статуса обследованных пациентов и наличием туберкулёзной инфекции.

Выводы. Результаты работы указывают на высокую информативность компьютерной томографии в диагностике ВИЧ-ассоциированного туберкулёзного поражения легких, раскрывает новые патофизиологические механизмы поражения органов дыхания у пациентов, что может быть использовано для стадирования заболевания,

оценки объёма и характера патологических процессов у данной категории пациентов.

**СКЛЕРОКИСТОЗ ЯЄЧНИКІВ :
УЛЬТРАЗВУКОВА ДОПЛЕРОМЕТРІЯ
ПРИ РУТИННОМУ ОБСТЕЖЕННІ ЖІНОК
З БЕЗПЛІДДЯМ**

професор Бабкіна Т.М., Дельва К.М.
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
г. Киев, Украина

Склерокистоз яєчників (СКЯ) займає одне з провідних місць в структурі безпліддя жінок фертильного віку. Частота виявлення його у жінок з безпліддям, за даними літератури, складає біля 30%. Це гетерогенне захворювання виникає внаслідок таких метаболічних розладів, як інсулінорезистентність, гіперінсулінемія, гіперліпідемія та порушення вуглеводного обміну. Основними клінічними проявами СКЯ є порушення менструального циклу (75-86% спостережень), серед них - олігоменорея - 67,3 - 71,4%, аменорея 26,5 - 28,9%; безпліддя - 71-76%, у тому числі повне безпліддя - 29-33% спостережень; мимовільні аборти й не виношування вагітності, гірсутизм - 65-69% спостережень; ожиріння (синдром набутого дефіциту гормону росту), у тому числі абдомінальне - 48-61% спостережень.

Завдяки активному введенню в гінекологію методів доплерівського дослідження, відкрились нові можливості для більш чіткої диференційної діагностики СКЯ та інших патологій яєчників. Використання ультразвукової діагностики в комплексному обстеженні пацієнток з безпліддям дає можливість не тільки верифікувати діагноз, але й утриматися від необґрунтованих оперативних втручань, віддаючи перевагу консервативним методам ведення даного контингенту хворих, що сприяє збереженню в них фолікулярного резерву. У різних форм СКЯ є багато спільних ознак, але все-таки є ряд особливостей притаманних для тих чи інших форм.

При проведенні рутинного ультразвукового обстеження жінок з безпліддям невід'ємною частиною є доплерометрія маткового кровообігу та стану яєчничкового кровотоку. При оцінці кровотоку в маткових артеріях характерним є підвищення значень пульсаційного індексу та індексу резистентності, в порівнянні з пацієнтками без СКЯ. На протязі всього циклу показники залишаються підвищеними і суттєво не змінюються. Внутрі-яєчничковий кровотік при СКЯ характеризувався підвищенням кровотоку на протязі всього циклу і суттєво не змінюються. Встановлено зниження числа пульсаційного індекса, індекса резистентності та зниження показника систоло-діастолічного співвідношення.

Таким чином, за даними ультразвукового дослідження стає можливим чітко поставити діагноз СКЯ, а також встановити форму: яєникова, надниричкова, центральна чи змішана, що допомагає визначитись з методами лікування.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ 3D КОНУСНО -ЛУЧЕВОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

профессор Бабкина Т.М., Демидова Е.А.
*Национальная медицинская академия
последипломного образования
им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина
Одесский национальный медицинский
университет, г. Одесса, Украина*

Метод конусно-лучевой томографии до недавнего времени применялся только для диагностики патологии зубочелюстной системы. В связи с появлением конусно-лучевых томографов с сенсором, превышающим размеры зубочелюстной системы, стало возможным использование метода при заболеваниях челюстно-лицевой области. Немаловажной особенностью является низкая лучевая нагрузка при обследовании, что является важным моментом при мониторинге процесса и у пациентов группы риска.

Цель работы: определить алгоритм лучевой диагностики с использованием конусно-лучевой томографии при поражениях челюстно-лицевой области.

Материал и методы. Нами проанализирован опыт работы кабинетов конусно-лучевой томографии с 2008 по 2011 год включительно. Обследованы пациенты отделения хирургической реабилитации ГУ «Институт стоматологии НАМН Украины» г.Одессы, клиники пластической хирургии «Виртус» г.Одессы, клиники челюстно-лицевой

хирургии «Военно – медицинского клинического центра Южного Региона» г.Одессы. Применялись основные методики конусно-лучевой томографии: томография двух челюстей в окклюзии, средней зоны лица, придаточных пазух носа. Обследования выполнялись до и после оперативного или консервативного лечения, возраст пациентов колебался от 3 до 86 лет с травматическим поражением, воспалительными процессами, кистами, инородными телами, врожденными пороками развития, вторичной адентией.

Результаты и выводы. При проведении обследований нами получены высококачественные изображения твердых тканей, определены локализация патологических образований костной ткани, переломов, расположения кист челюстей и придаточных пазух носа, выявлены воспалительные процессы придаточных пазух носа, а также его происхождение (одонтогенные гаймориты). Высокая разрешающая способность и трехмерные реконструкции позволили оптимально, в короткие сроки определить и спланировать объем и способ оперативного вмешательства, определить анатомические особенности каналов, выбрать схему консервативной терапии. Обследования помогли оценить косметический и функциональный результаты реконструктивных и пластических операций, предотвратить возникновение осложнений, определить эффективность консервативной терапии. Определены особенности применения КЛКТ в диагностике поражений челюстно-лицевой области, показания к методу обследования, раскрыты его преимущества и недостатки, предложен алгоритм лучевой диагностики.