

- спеціальність «радіаційна онкологія» – відповідно лікар-радіаційний онколог;
- спеціальність «ядерна медицина» – відповідно лікар з ядерної медицини.

#### Висновки

1. Реорганізація назв радіологічних спеціальностей не потребує ніяких матеріальних затрат, а тільки відповідного консенсусу радіологічної громади.
2. Якщо перший етап перебудови буде здійснено, то:
  - замість 5 радіологічних спеціальностей в МОЗ буде 3;
  - остаточно вирішиться питання місця і ролі УЗ-діагностики;
  - закінчатся дебати щодо назв спеціальностей і переліку лікарських посад.
3. Під нові світові стандарти назв радіологічних спеціальностей можна буде остаточно вирішувати вторинні питання змін навчальних програм, планів і термінів навчання в інтернатурі (резидентурі), на курсах спеціалізації (за типом «fellowship») та ін.

### ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА СОСУДИСТЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ

Морковкина А.Е.<sup>1,2</sup>, Ялынская Т.А.<sup>1</sup>, Таммо Раад<sup>1</sup>,  
Рокицкая Н.В.<sup>1</sup>, Гальченко А.Г.<sup>1</sup>, Семенюк В.П.<sup>1</sup>,  
Бензар И.Н.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Научно-практический медицинский центр детской кардиологии и кардиохирургии МЗ Украины  
<sup>2</sup>НСДБ «Охматдет»

Сосудистые аномалии представляют собой гетерогенную группу врожденной патологии сосудов. Они подразделяются на сосудистые опухоли и мальформации (International Society for the Study Of Vascular Anomalies, 2014), отличающиеся специфическим строением, патофизиологией, особенностями клинического течения и подходами к лечению. Гемангиома является наиболее часто встречающейся сосудистой опухолью. Лимфатические, капиллярные, венозные и артериовенозные мальформации составляют большую часть пороков развития сосудов.

Точный диагноз является решающим для ведения пациентов и выбора правильной терапии. В большинстве случаев клиницист может установить диагноз, основываясь на анамнезе заболевания и результатах физикального обследования. Сложные формы требуют тщательного обследования с использованием современных методов диагностики: ультразвукового исследования (УЗИ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), компьютерной томографии (КТ) с внутривенным контрастированием.

У всех пациентов с типичными проявлениями сосудистых аномалий первично и в динамике выполняется УЗИ с доплерографией для определения течения заболевания и контроля результатов лечения. Однако возможности измерения размеров сосудистых мальформаций при УЗИ ограничены, что объясняется наличием неровных инфильтративных границ, а также большими размерами, когда невозможно визуализировать целостное поражение во время одного сканирования.

**Целью работы** является оценка возможностей МРТ и КТ в диагностике сосудистых аномалий у детей с целью создания оптимального диагностического алгоритма, что позволит в максимально короткое

время установить клинический диагноз и избежать необоснованных диагностических процедур.

**Материалы и методы.** Нами проведено КТ и МРТ-исследование 62 пациентов с сосудистыми аномалиями в возрасте от 1 месяца до 16 лет (из них 51,3% — дети до 1 года), проходивших обследование и лечение на базе НДСБ «ОХМАТДЕТ» и ДУ «НПМЦДКК МЗ Украины» с 2010 года по январь 2016 года.

КТ выполняли на 128-срезовом аппарате (Somatom Definition AS, Siemens), МРТ — на аппарате 1,5 Т (Avanto, Siemens).

**Результаты.** Сосудистые опухоли диагностировано у 33 (53%) пациентов (у 7 детей – гемангиомы печени, у 13 – инфантильные гемангиомы мягких тканей области лица и шеи, у 11 – гемангиомы дыхательных путей и гемангиомы в составе PHACE-синдрома – у 2 детей).

Сосудистые мальформации выявлены у 29 (47%) детей, из них у 21 пациента — лимфатические мальформации, венозные мальформации – у 3 детей, у 5 пациентов – комбинированные сосудистые мальформации).

**Выводы.** Магнитно-резонансная томография является методом выбора при сосудистых мальформациях с медленным кровотоком, позволяет определить анатомические соотношения между сосудистыми поражениями и соседними органами, нервами, сухожилиями и мышцами. Недостатком метода является длительность исследования и необходимость седации у детей младшего возраста, ограничения в случаях вовлечения сосудистой опухоли костных структур.

Компьютерная томография с контрастированием имеет преимущества для диагностики сосудистых аномалий дыхательных путей, внутренних органов, сосудистых поражений головы и шеи, для визуализации сосудов, осуществляющих приток, и дренирующих вен. Дополнительно при КТ можно выявить флеболиты, что характерно для венозных мальформаций, а также костную деструкцию в результате длительной компрессии.

КТ может быть альтернативой у пациентов с нестабильным состоянием, сердечно-сосудистой или дыхательной недостаточностью и у детей младшего возраста. Кроме того, КТ применяют в случае противопоказаний к проведению МРТ, в частности при наличии пейс-мекера и хирургических клипс.

### ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СИНДРОМА «ПУСТОГО» ТУРЕЦКОГО СЕДЛА

Недзвецкая О.В., Кузьмина-де-Гутарра О.В.,  
Шармазанова Е.П., Костюковская А.Е.

Харьковская медицинская академия  
последипломного образования

Область турецкого седла находится в тесной анатомической связи со зрительными нервами и хиазмой. Развитие конфликта в хиазмально-селлярной области приводит к различным нарушениям зрения. Словосочетание «пустое» турецкое седло» ввел в медицину W. Busch в 1951 году. Он связал частично «пустое» турецкое седло (ПТС) с недостаточностью его диафрагмы. По данным Busch, у 40–50% людей имеет место недоразвитие или отсутствие диафрагмы турецкого седла. МРТ достоверно позволяет опреде-

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-