

прецизионной радиохирургии использовали данные МРТ головного мозга со стандартными и специальными программами для исследования гипофиза, при внутривенном контрастировании с полной или с половинной дозой, МСКТ при иммобилизации головы пациента стереотаксической маской и с локализатором. Максимальный период наблюдения больных составил 5 лет.

Результаты исследований и их обсуждение. Преобладали больные с инвазивными формами и эндопараселлярным распространением (17 наблюдений), по классификации Knosp – III-IV степень, а также с фармакорезистентными формами — 7. Оценку результатов радиохирургического лечения проводили по МРТ без и с внутривенным контрастированием с таким же протоколом исследования, что и до радиохирургии. При планировании радиохирургии на рабочей станции Brain Lab наиболее актуальным было использование программ с толщиной среза 1 мм без и с контрастом, с опцией подавления жира и сопоставлением с МСКТ в мягкотканном и костном режимах, что давало возможность дифференцировать ткань аденомы от «флепа» и жировой ткани, гемостатика. У 13 пациентов удалось оценить динамику процесса по результатам МРТ головного мозга через 12–24 месяца после стереотаксического лечения. Частичный ответ опухоли в виде уменьшения размеров и снижения уровня гормонов, в частности АКТГ, СТГ и инсулиноподобного фактора роста отмечены у 13 больных, стабилизация — у 6. Прогрессирование роста опухоли не наблюдали. Снижение уровня гормонов прослеживалось на 3–6 месяце после проведенного радиохирургического лечения. В среднем в сроки наблюдения до 6 месяцев после стереотаксического лечения отмечено уменьшение аденом гипофиза на 27%, до 12 месяцев — на 46%. В двух наблюдениях отмечена реакция прилежащего к зоне облучения мозгового вещества с перманентным усилением головных болей у больных, которые купировались медикаментозным лечением в срок до 3 месяцев с нивелированием симптомов.

Выводы. Применение стереотаксической радиохирургии, преимущественно как составляющей комплексного лечения аденом гипофиза, свидетельствует о высокой эффективности метода, особенно при частичном удалении инвазивных и фармакорезистентных форм. К особенностям диагностики аденом гипофиза относятся: использование программ с толщиной среза 1 мм без и с контрастом, с полной или с половинной дозой, а также с опцией подавления жира и сопоставлением с МСКТ в мягкотканном и костном режимах, что дает возможность дифференцировать ткань аденомы от «флепа» и жировой ткани, гемостатика.

**ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА
І ОЦІНКА СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ
ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ АБСЦЕСІВ ЛЕГЕНЬ
У ДІТЕЙ**

*Чурилін Р.Ю., Вороньжев І.О., Пальчик С.М.
Харківська медична академія післядипломної
освіти, м. Харків, Україна*

Своєчасна діагностика гострого абсцесу легень у дітей є важливою проблемою педіатричної пульмо-

нології. Променеві методи залишаються найбільш об'єктивними під час встановлення діагнозу, але оцінка ступеня тяжкості гострого абсцесу лікарями-рентгенологами проводиться зазвичай візуально і є вельми суб'єктивною.

Мета роботи — уточнення рентгенологічної картини і удосконалення способу діагностики тяжкості перебігу гострих абсцесів легень у дітей.

Матеріали і методи. Вивчені рентгенограми органів грудної клітки (ОГК) 34 хворих (26 хлоп. – 76,5% і 8 дівч. – 23,5%) віком від 4 місяців до 18 років, 5 дітям виконана КТ ОГК.

Результати. Гострі абсцеси легень у дітей мали такі особливості: характерною була одностороння локалізація (100%), переважало ураження правої легень (73,5%), у більшості хворих спостерігалися поодинокі абсцеси, наявність крайових або центральних секвестрів (17,7% хв.), абсцеси були з товстими стінками (більше ніж 4 мм — 76,5%).

Нами виділені 3 ступеня тяжкості перебігу абсцесу легень і отриманий патент № 29691 від 25.01.2008 р. Рекомендується такий розподіл тяжкості перебігу гострого абсцесу легень:

1-й ступінь — помірний перебіг: абсцес поширюється до 35% вертикального розміру легень, займає один або декілька сегментів; товщина перифокального запалення становить 3–5 мм, висота газового міхура переважає над рідиною і становить більше ніж 70% діаметра абсцесу був визначений у 32,4% хворих дітей;

2-й ступінь — перебіг середньої тяжкості: абсцес поширюється до 50% вертикального розміру легень до розмірів частки; товщина перифокального запалення становить 6–20 мм, висота газового міхура становить 40–65% від його діаметра (у 52,9% хворих дітей);

3-й ступінь — тяжкий перебіг захворювання: абсцес поширюється більше ніж на 50% вертикального розміру легень, займає площу більшу, ніж одна частка, товщина перифокального запалення більша за 20 мм, висота газового міхура менше ніж 35% його діаметра (у 14,7%).

У разі невідповідності величини одного з параметрів запропонованому розподілу за ступенем, останній встановлюється за двома переважаючими за величиною параметрами.

Висновки. Променеві методи дослідження дозволяють уточнити семіотику і встановити особливості перебігу абсцесів легень у дитячому віці. Урахування вікових особливостей рентгенологічної картини абсцесів і проведення розрахунків дозволять об'єктивізувати ступінь тяжкості перебігу процесу і, як наслідок, поліпшити лікування даного контингенту хворих.

**ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ОСТЕОПОРОЗУ:
МОЖЛИВОСТІ МЕТОДІВ**

*Шармазанова О.П., Бортний М.О.,
Арсенідзе Т.О., Волковська О.В.*

*Харківська медична академія післядипломної
освіти, м. Харків, Україна*

Вступ. У людей старшого віку остеопороз (ОП) — найпоширеніше захворювання і, на думку експертів ВООЗ, посідає 4-е місце після серцево-судинних, онкологічних захворювань і цукрового діабету. Якщо