

ньо по її завершенню. У разі необхідності проводили відповідну корекцію лікувальних заходів. Регресію пухлин визначали співставленням динаміки клінічних показників з інформацією, отриманою за допомогою засобів візуалізації. Була встановлена кореляція між динамікою молекулярно-генетичних показників МП РШМ і відгуком пухлини шийки матки на консервативне лікування. Цитологічний контроль здійснювали при динамічному спостереженні за хворими після завершення консервативної терапії.

Одержані результати в процесі дослідження свідчили про збільшення ступеня і прискорення темпів регресії пухлинних утворень у хворих на МП РШМ основних груп, яким ПТ проводили на тлі хіміорадіомодифікуючих препаратів. Позитивна відповідь пухлин у хворих на МП РШМ після повного курсу ХПТ збільшилась на 25,0% порівняно зі стандартним методом. Згідно з представленим аналізом віддалених результатів лікування за критерієм тривалої виживаності ефективність ХПТ при використанні цисплатину становила ($58 \pm 7,6$)%, при використанні фторафуру — ($63 \pm 8,1$)%, порівняно з групою контролю — ($46 \pm 14,3$)%.

Висновок. Таким чином, ДНК-статус пухлинних клонів та кінетики проліферативних процесів поширених карцином шийки матки можна розглядати як показник чутливості пухлин до цитотоксичних впливів та допоміжний критерій ефективності лікування.

КЛТ-ДІАГНОСТИКА ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ В МЕЖАХ ЗУБНОГО РЯДУ

Нестуля К.І.¹, Шармазанова О.П.²

¹ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна

²Харківська медична академія
післядипломної освіти,
м. Харків, Україна

Актуальність теми. Проблема травматизму щелепно-лицьової ділянки (ЩЛД) залишається однією з найактуальніших проблем в хірургічній стоматології. Діагностика, лікування та реабілітація були і залишаються одним з актуальних завдань у щелепно-лицьовій хірургії. Постраждали з травмами ЩЛД складають до 25% всіх пацієнтів клінік щелепно-лицьового профілю, відзначається зростання числа важких пошкоджень кісток лицьового скелета, які в 10-12% випадків поєднуються з ушкодженнями інших органів і систем, досить високим залишається рівень розвитку ускладнень — до 15-25%.

Мета дослідження — вивчення можливостей КЛТ в оцінці формування кісткової мозолі при переломах нижньої щелепи.

Матеріали і методи дослідження. За період 2013-2015 роки на базі щелепно-лицьового відділення Полтавської обласної клінічної лікарні надано медичну допомогу 34674 хворим, з них у 686 хворих (18,6% випадків) спостерігали переломи нижньої щелепи. Всім пацієнтам робили стандартне рентгенологічне дослідження. 23 пацієнтам з переломами нижньої щелепи в межах зубного ряду було додатково зроблено конусно-променевою томографію (КПТ) на апараті PAX-ZENIT 3D за стандартними методиками.

Результати досліджень та їх обговорення. Заб місяців 2016 року нами було обстежено 23 хворих. Із них 18 чоловіків віком від 18 до 56 років та 5 жінок, віком від 21 до 37 років. Серед них 15 осіб — віком від 18 до 34, 7 — від 35 до 45 років та 1-48 років. Було діагностовано переломи нижньої щелепи різних видів та локалізації. Серед видів переломів переважали подвійні — 12, поперечні — 6, косі — 3, скалкові — 2. Слід відмітити, що у всіх пацієнтів переломи нижньої щелепи було діагностовано зі зміщенням. Хворим була проведена первинна діагностика (до 3 днів після отриманої травми), контрольне дослідження за формуванням кісткової мозолі та діагностики ускладнень переломів нижньої щелепи в різні строки. Із них — у 7 хворих (група I) контроль було проведено на 10-15-й день після отриманої травми, в 11 (група II) — на 16-21 день та 5 хворих були обстежені через 21-32 дні.

У результаті проведеного дослідження нами було встановлено, що ознак видимої консолидації в I групі не було виявлено, в групі II у 6 (54,5%) хворих було встановлено поодинокі ознаки осифікації в проекції лінії перелому, у 5 хворих — без ознак видимої консолидації, в групі III у всіх 5 хворих було виявлено ознаки кісткової стадії консолидації перелому, що свідчить про формування кісткової мозолі в ділянці перелому. Слід відзначити, що серед обстежених нами пацієнтів ознак ускладнень консолидації переломів нижньої щелепи в межах зубного ряду не було діагностовано.

Висновок. Таким чином, можна зробити висновок, що КПТ-дослідження при переломах нижньої щелепи в межах зубного ряду є досить інформативним методом дослідження для первинної діагностики та контролю консолидації. Проаналізувавши отримані дані, слід відзначити, що через 16 днів після травми вже можна виявити початкові ознаки кісткової консолидації перелому, а після 21 дня — явні ознаки їх зрощення.

ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ НИРОК В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПУХЛИН

Новерко І.В., Кундіна В.В.

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

Вступ. При пухлинному ураженні нирок необхідно вирішити ряд питань для вибору оптимальної тактики оперативного втручання, а саме: визначення гістологічної будови пухлини, з'ясування об'єму ураження, локалізації пухлини в нирці, встановлення ступеня залучення інших органів і систем в патологічний процес, визначення параметрів функціональної здатності нирок. В більшості випадків суттєве значення для вирішення основних клінічних задач має КТ, яка допомагає визначити об'єм пухлинної маси, її розміри, локалізацію, об'єм 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) з клубочковим радіофармацевтичним препаратом (РФП) — ^{99m}Tc-ДТПА (дієтилен-

триамінопентацетат). Методика дозволяє визначити швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) окремо на кожну нирку, стандартизовану ШКФ (ШКФСТ) на поверхню тіла та ступінь порушення екскреторних процесів (від помірного до значного), визначити кількість функціонуючої паренхіми (КФП).

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

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

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

Висновки.

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

2. КФП напряму залежить від розміру і локалізації пухлини нирки.

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

МОЖЛИВОСТІ ТЕХНОЛОГІЙ ОФЕКТ ТА ОФЕКТ/КТ В ТОПІЧНІЙ ДІАГНОСТИЦІ АДЕНОМ ПАРАЦИТОПОДІБНИХ ЗАЛОЗ

*Новерко І.В., Кундін В.Ю., Сатир М.В.
Державна установа «Інститут серця МОЗ
України», м. Київ, Україна*

Вступ. Одним з найпоширеніших захворювань парацитоподібних залоз (ПЦЗ), обумовленим, як правило, аденомою ПЦЗ, є первинний гіперпаратиреоз (ПГПТ), який складає у жінок 3-4%, а у чоловіків приблизно 0,1%. Основними причинами ПГПТ є одиничні аденоми ПЦЗ (90% випадків), множинні аденоми (4%), гіперплазія ПЦЗ (6%) і парацитоподібна карцинома (<1%).

Найбільш специфічний метод візуалізації ПЦЗ — сцинтиграфія з ^{99m}Tc-MIBI. Чутливість до ^{99m}Tc-MIBI при аденомі ПЦЗ більш значна (90%), ніж при гіперплазії ПЦЗ (67%). Останніми роками разом з планарною сцинтиграфією ПЦЗ застосовують ОФЕКТ, а в деяких складних клінічних випадках – ОФЕКТ/КТ. Перевага ОФЕКТ полягає в тому, що вона дозволяє отримати серію топографічних зрізів органа чи частини тіла, що значно підвищує точність та наочність діагностики. Чутливість її становить 86,8%. Крім ОФЕКТ з ^{99m}Tc-MIBI для уточнення локалізації уражених ПЦЗ застосовують ОФЕКТ/КТ середостіння та шиї. Показаннями є персистуючий та резидуальний гіперпаратиреоз, підозра на ектопію ПЦЗ у середостіння або ділянку шиї, яку неможливо детально візуалізувати за допомогою УЗД та планарної сцинтиграфії. Чутливість ОФЕКТ/КТ з ^{99m}Tc-MIBI перевищує 90%.

Мета роботи — вивчення можливостей застосування ОФЕКТ та ОФЕКТ/КТ в топічній діагностиці аденом ПЦЗ в складних діагностичних випадках.

Матеріали та методи. У відділенні був обстежений 161 пацієнт з патологією ПЦЗ. Із них жінки – 139 (86,3%), чоловіки – 22 (13,7%), середній вік – 48,0±24,0 роки (24-72 роки). Паратиреосцинтиграфію з ^{99m}Tc-MIBI було проведено усім пацієнтам, при цьому 19 (11,8%) хворим додатково було виконано ОФЕКТ і 4 (2,5%) хворим — ОФЕКТ/КТ.

^{99m}Tc-MIBI, приготований згідно з інструкцією виробника («Polatom», Польща), вводили активністю 370-555 МБк болюсно в ліктьову вену. Через 10 хв після ін'єкції (рання фаза дослідження), 120 та 180 хв після ін'єкції (пізня фаза дослідження) пацієнтам виконувалась планарна сцинтиграфія ПЦЗ в передній проекції. Також через 180 хв після ін'єкції (відразу після пізньої фази дослідження) усім пацієнтам вико-