

ISSN 1993-1743

інформаційно-аналітичний бюлетень

# РАДІОЛОГІЧНИЙ ВІСНИК



1-2 (66-67) 2018

# РАДІОЛОГІЧНИЙ ВІСНИК

**У номері:**

Реєстраційне свідоцтво  
КВ №18685-7485ПР від  
"31" січня 2012 р.

## Співвидавці

Асоціація радіологів  
України  
Всеукраїнська асоціація  
рентгенологів  
Національна медична  
академія після-  
дипломної освіти  
імені П.Л. Шупика  
Харківська медична  
академія післядипломної  
освіти  
Інформаційно-видавниче  
об'єднання "Медицина  
України"

## Адреса редакції

02222, Київ-222, а/с192  
"Радіологічний вісник"

## Підготовка до друку: ТОВ "ВІЦ" Медицина України"

Адреса видавництва:  
02094, вул. Попудренко, 34  
тел./факс (044) 503-04-39.  
E-mail: uarctmrt@mail.ru

Редакція не завжди поділяє  
погляди авторів.  
Рукописи не повертаються.  
За достовірність інформації та  
зміст рекламних публікацій не-  
суть відповідальність автори  
статей та рекламодавці.  
Всі права захищені. Передрук  
матеріалів проводиться  
тільки зі згоди видавців.

**Зміст номеру затвердже-  
но на засіданні вченої  
ради НМАПО  
(Протокол №3 от  
14.03.2018)**

Навчання радіологів має бути постійним .....	2
<b>У світі радіології / В мире радиологии</b>	
<b>VII з'їзд Українського товариства радіаційних онкологів за участю міжнародних фахівців</b> Іванкова В.С. ....	3
<b>VI з'їзд Українського товариства фахівців з ядерної медицини</b> Солодяникова О.І. ....	5
<b>Осінні радіологічні ювілейні заходи</b> Шармазанова О.П., Коваленко Ю.М. ....	6
<b>Створено Українську асоціацію медичних фізиків (УАМФ)</b> Зелінський Р.М. ....	9
<b>Томосинтез в Україні стає доступнішим</b> Коваленко Ю.М. ....	10
<b>От малодозовой рентгенографии к малодозовому томосинтезу</b> Мирошниченко С.И., Невгасимый А.А., Коваленко Ю.Н. ....	12
<b>Радіаційна медицина / Радиационная медицина</b>	
<b>Влияние отдаленных эффектов ионизирующего облучения на темп старения и жизнеспособность человека (Хиросима и Нагасаки, Чернобыль и Фукусима). Лекция</b> Ахаладзе Н.Г., Мечев Д.С., Авраменко А.И., Романенко Л.В. ....	16
<b>Майстер-клас із ретроспективного формування та аналізу інтегрованих структурно-функціональних томографічних зображень у діагностиці пухлин головного мозку</b> Коваль С.С., Макеев С.С., Щербіна О.В., Новікова Т.Г. ....	21
<b>Особливості організації та влаштування кабінету комп'ютерної томографії</b> Кобрин В.С. ....	25
<b>Вітання / Поздравления</b>	
<b>Главному редактору інформаційно-аналітичного бюлетеня «Радіологічний вісник» професору Мечеву Д.С. – 75 лет!</b> .....	30
<b>Співчуття / Соболезнования</b>	
<b>Пам'яті Славнова Валентина Миколайовича (1924-2018)</b> .....	32
<b>Матеріали Конгресу / Материалы Конгресса</b>	
<b>Тези 6-го Національного конгресу з міжнародною участю «Радіологія в Україні», Київ, 28-30 березня 2018 року</b> .....	34
<b>Ассоциация радиологов Украины поддерживает план действий Европейского общества радиологии «EuroSafe Imaging Call For Action»</b> .....	109
<b>Плани навчальних курсів для радіологів на 2018 рік</b> .....	31, 110
<b>Мрії здійснюються – мріємо про Європейський конгрес радіологів – 2019!</b> .....	111
<b>Радіологічні видання</b> .....	8, 11, 15, 29, 33

Міокардіосцинтиграфія дозволяє оцінити поширеність постінфарктних змін.

### ЗАСТОСУВАННЯ КОНУСНО-ПРОМЕНЕВОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ ПРИ ОРТОДОНТИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ЗІ СКЛАДНИМИ КЛІНІЧНИМИ ВИПАДКАМИ

*Бабкіна Т.М., Сторожчук Ю.О.*

*Кафедра променевої діагностики НМАПО імені П.Л. Шупика, Київ*

**Вступ.** Останніми роками конусно-променева комп'ютерна томографія (КПКТ) стала одним з основних методів рентгенодіагностики при ортодонтичному лікуванні пацієнтів. Дана методика дозволяє аналізувати та оцінювати істинні розміри анатомічних структур щелепно-лицевої ділянки, отримувати об'ємне зображення, з точністю діагностувати такі клінічні випадки, як: ретенція зубів, наявність надкомплектних зубів, резорбція коренів зубів, анкілоз періодонтальної щілини «проблемного» зуба, патологія скронево-нижньощелепних суглобів.

**Мета роботи.** Оцінити інформативність конусно-променевої комп'ютерної томографії (КПКТ) під час обстеження ортодонтичних пацієнтів зі складними клінічними випадками.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилися на конусно-променевому комп'ютерному томографі PlanmecaProMax 3D із системою SmartPan, що використовується для проведення ортопантомографії (ОПТГ), телерентгенографії (ТРГ пряма та бокова проекції). У ході нашого дослідження було обстежено 30 пацієнтів віком від 14-18 та 35-45 років. У даної групи пацієнтів було діагностовано: у 3 пацієнтів – дистальний прикус та дисфункцію скронево-нижньощелепного суглоба, у 4 – ретенцію зуба 2.3 з анкілозом періодонтальної щілини, у 14 пацієнтів – ретенцію та дистопію зубів 3.8, 4.8, скученість фронтальної групи зубів нижньої щелепи, у 4 пацієнтів – мезіальний тип прикусу, а також наявність супутньої патології (верхньощелепний синусит, хронічний гранулематозний періодонтит), у 2 пацієнтів – генералізований пародонтит та асиметрію лицевого відділу черепа, у 3 пацієнтів – складну одонтому нижньої щелепи. Усім пацієнтам була проведена конусно-променева комп'ютерна томографія двох щелеп, сегменту (зона ретензованого, дистопованого зуба), лицевого відділу кісток черепа.

**Результати.** Проаналізувавши отримані дані конусно-променевої комп'ютерної томограми у пацієнтів із вищезазначеними клінічними випадками, було встановлено, що КПКТ дає можливість візуалізувати точну 3D-анатомічну картину обстежуваної зони щелепно-лицевої ділянки пацієнта, оцінити стан кісткової тканини, положення ретензованих, дистопованих та надкомплектних зубів, ураження коренів «сусідніх» зубів; виявити патологічні процеси додаткових пазух носа, оцінити стан скронево-нижньощелепних суглобів. Перевагою досліджень, проведених на конусно-променевому комп'ютерному томографі, є можливість перетворення з об'ємного знімка (КПКТ) за допомогою програмного забезпечення у такі знімки, як: орто-

пантомограма, телерентгенограма (пряма, бокова проекції). При цьому пацієнт не отримує додаткового променевого навантаження.

**Висновки.** Конусно-променева комп'ютерна томографія дає більше інформації, ніж ортопантомографія, телерентгенографія, що дозволяє лікарю-ортодонту максимально вивчити досліджувану ділянку, правильно спланувати лікування. КПКТ є ефективним методом міждисциплінарної взаємодії лікаря-ортодонта, лікаря-хірурга під час планування протезування на імплантатах, а також дає можливість своєчасно та якісно провести діагностичні та лікувальні заходи.

### РАДИОЧАСТОТНА АБЛЯЦІЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕНИХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЛЕГКИХ

*Балака С.Н., Гречихин Г.В., Спужак Р.М.,*

*Крутько Е.Н., Пилипенко С.Н.*

*ГУ «Інститут медицини радіології ім. С.П. Григор'єва НАМН України», Харків*

**Введение.** Все большую популярность набирают новые методы локорегионарного лечения злокачественных опухолей. Медицинские технологии, которые ранее воспринимались как паллиативные, в настоящее время используются в качестве альтернативы хирургическому лечению. Одной из таких технологий является радиочастотная абляция (РЧА) первичных опухолей и их метастазов, которая наиболее эффективна при размере опухоли до 3,0–3,5 см в диаметре.

**Материалы и методы.** В исследование вошло 12 пациентов, которым были выполнены 13 сеансов РЧА 16 опухолевых очагов под КТ-наведением. Из них с первичным раком легкого — 2 больных, с метастазами злокачественных опухолей — 7 (коло-ректальный рак — 4, рак грудной железы — 3, рак легкого, почки и языка — по 1 больному). Лечение выполняли с помощью аппарата CoolTipseries E производства компании Covidien с использованием охлаждаемых электродов с рабочей частью 20 и 30 мм. При этом одиночные электроды применяли в 6 случаях, комбинации из двух и трех электродов — в 7. Среднее время выполнения процедуры составило 20 минут и зависело от размера и количества опухолей.

**Результаты и их обсуждение.** Наиболее оптимальными для проведения РЧА являются опухолевые узлы размером до 3,0-3,5 см с периферическим расположением не ближе чем в 5 мм от сосудов и бронхов диаметром более 3 мм. У пациентов с субплевральным расположением опухоли электроды вводили под ультразвуковым наведением с обязательным контролем и коррекцией их положения при помощи КТ. При более глубокой локализации очагов использовали КТ-наведение, в том числе по коаксиальной методике — у 4 больных. При размерах опухолевых узлов до 15 мм РЧА проводили охлаждаемым электродом с рабочей частью 20 мм, при диаметре 20-25 мм – 30 мм. Если размер опухоли превышал 30 мм, абляцию выполняли с помощью набора из 2-3 электродов с рабочей поверхностью 30 мм каждый.

В начале освоения методики у первого больного абляция проводилась под эндотрахеальным