

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

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВЕЛЕТЕНСЬКОЇ НЕЙРОФІБРОМИ КРАНІО-ЦЕРВІКАЛЬНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ ПРИ НЕЙРОФІБРОМАТОЗІ II ТИПУ

*Робак О.П., Робак К.О., Гетьман О.М.,
Вакарюк В.Є., Маховський С.В., Зябченко В.І.
ДУ «Інститут нейрохірургії ім.акад.
А.П. Ромоданова НАМН України», Київ*

Вступ. Виявлення нейрофіброму при хворобі Реклінгхаузенає досить поширеним явищем. Вони належать до доброякісних пухлин, які походять із шваннівської оболонки нервів і часто спостерігається біля основи черепа.

Мета. Поділитись патогномонічними результатами МСКТ- та МРТ-обстеження хворої на нейрофіброматоз, оперованої в нашому Інституті.

Матеріали та методи. Хвора 25 років до та після операції була обстежена за допомогою МСКТ та МРТ. МСКТ виконувалась на 160-зрізовому томографі Aquilion Prime з контрастним підсиленням та 3D-реконструкцією. МРТ – на 1,5 Т томографі.

Результати та обговорення. Велетенські нейрофіброми локалізувалися в ділянці основи черепа та поширювалися до рівня С₄ хребця цервікально, розташовуючись інтраекстравертебрально, де викликали атрофію прилеглих кісток та характерне розширення міжхребцевих отворів. Після внутрішньовенного контрастування спостерігалось помірне гомогенне підсилення. Конттури пухлин були рівними, чіткими. Крім того, були виявлені двобічні нейрофіброми на рівні Th₂-Th₄ хребців та двобічні невриноми кохлео — вестибулярних нервів. У післяопераційному періоді видалення нейрофіброму цервікальної локалізації діагностували резидуальні елементи пухлин у ділянках великих судин.

Висновки. Сумісне використання МСКТ та МРТ при нейрофіброматозі II типу деталізує як кісткові зміни, так і особливості поширення м'якотканинної частини пухлин.

РЕНТГЕНДІАГНОСТИКА ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ КІСТОК ОСНОВИ ЧЕРЕПА ПРИ НАДАННІ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

*Робак О.П., Василів Л.В., Поліщук О.В., Шпак С.О.
Інститут нейрохірургії
ім. А.П. Ромоданова НАМН України
Національна медична академія післядипломної
освіти ім. П.Л. Шупика, Київ*

Вступ. Рентгендіагностика травматичних ушкоджень кісток основи черепа при наданні медичної допомоги можлива на другому етапі за направленням сімейного лікаря або іншого клініциста. Використання спеціальних проєкцій рентгенографічного методу дозволяє визначити травматичні ушкодження кісток основи черепа без суттєвих витрат та з меншим променевим навантаженням на пацієнта.

Мета. Оцінити можливості спеціальних проєкцій у рентгендіагностиці травматичних ушкоджень кісток основи черепа при наданні медичної допомоги.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати обстеження 197 хворих із травматичними ураженнями основи черепа, діагностованих на базі

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України» за період із 2014 до 2017 р. Осіб чоловічої статі було 102 (52%), жіночої — 95 (48%).

Результати дослідження. Серед діагностованих хворих найчастіше спостерігались пошкодження середньої черепної ямки (СЧЯ) — 112, рідше передньої черепної ямки (ПЧЯ) — 54 та задньої черепної ямки (ЗЧЯ) — 31. Основними симптомами при травматичних ураженнях СЧЯ були: оторея, зниження слуху, збільшення об'єму м'яких тканин у підскроневій ямці; ПЧЯ: ринорея, періорбітальні синці, підшкірна емфізема; ЗЧЯ: болючість у ділянці соскоподібних відростків. Для візуалізації переломів СЧЯ використовувались такі проєкції: бокова, коса (за Шюллером); ПЧЯ: передня напіваксіальна (носо-підборідна, носо-лобна); ЗЧЯ: задня напіваксіальна, за Стенверсом та Майером.

Висновки. Важкість клінічного стану хворого не завжди дозволяє виконати аксіальну рентгенографію як оптимальну проєкцію для виявлення переломів основи черепа, а використання спеціальних проєкцій під час обстеження хворого сприяє визначенню травматичних уражень кісток основи черепа без значних витрат та з меншим променевим навантаженням на пацієнта.

ВРОДЖЕНІ ВАДИ СЕРЦЯ В ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГЕТЕРОТАКСИЧНИМ СИНДРОМОМ ТА ЛІВИМ ІЗОМЕРИЗМОМ

*Рокицька Н.В., Таммо Раад, Морковкіна А.Є.,
Гальченко А.Г., Ялинська Т.А.
ДУ «Науково-практичний медичний
центр дитячої кардіології та кардіохірургії
МОЗ України», Київ*

Вступ. Гетеротаксичний синдром (ГС), лівий ізомеризм (ЛІ) характеризуються білатеральними морфологічно лівими вушками передсердь, вісцерокардіальною гетеротаксією, наявністю множинних селезінок та множинними вродженими вадами серця (ВВС).

Мета. Продемонструвати різноманітність ВВС у пацієнтів із ГС, ЛІ, які виявлено за допомогою мультidetекторної комп'ютерної томографії (МДКТ).

Матеріал і методи. У період із 2011 до 2015 р. 13 хворих (10 дівчат та 3 хлопчиків), середній вік 29,4 місяця, з ГС та ЛІ пройшли МДКТ з метою підтвердження діагнозу ВВС. Неіонний йодовмісний контрастний препарат вводили зі швидкістю 1,2-2,5 мл/с. Технічні параметри, що використовувались при МДКТ, були такими: колімація на детекторі — 1,5 мм; час повороту гентрі — 0,5 с; 80 кВ та 20-50 мАс (відповідно до ваги дитини). Середній показник DLP становив 23 мГу x см.

Результати та обговорення. У пацієнтів із ГС та ЛІ були виявлені такі ВВС: подвійне відходження магістральних артерій від правого шлуночка (DORV) — 7,7% (n=1), єдиний шлуночок (SV) — 69% (n=9), атрезія легеневої артерії (PA) — 15,4% (n=2), тотальний та частковий аномальний дренаж легневих вен (TAPVC та PAPVC) — 31% (n=4), коарктація аорти (CoA) — 7,7% (n=1), перерив нижньої порожнистої вени з подовженням у напівнепарну вену — 100% (n=13). Двостороння верхня порожниста вена (SVC) — 15,4% (n=2). Декстрокардію