

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



МАТЕРІАЛИ

96 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

16, 18, 23 лютого 2015 року

Чернівці – 2015

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний
університет, 2015



набряк, температура тіла, пальпація первинної кісткової мозолі), терміни міжщелепної іммобілізації, тривалість стаціонарного лікування.

На момент припинення міжщелепної іммобілізації у хворих групи А, виявлено виражені рентгенологічні ознаки консолидації кісткових фрагментів: краї кісткових фрагментів не чіткі, щільна перелому завуальована. У хворих групи В, всі ознаки загоснення перелому були менш вираженими, у деяких пацієнтів відзначались ознаки крайового остеопорозу кісткових відламків та завуальованість лінії перелому. Дані про число ускладнень і терміни загальної непрацездатності свідчать на користь проведеного лікування в групі А, що виявилось у прискоренні репараційних процесів, попередженні виникнення пізніх після травматичних ускладнень, пришвидшенні термінів реабілітації хворих, скороченні термінів непрацездатності на 3-4 дні. В групах А і В, терміни лікування становили відповідно $18 \pm 0,1$ та $24,9 \pm 0,1$ ліжка днів.

Аналіз вивчених нами клінічних випадків показав, що внаслідок використання ЗТП спостерігається тенденція до активнішого перебігу процесів консолидації відламків нижньої щелепи. Запропонований спосіб дозволяє отримати якісно нові результати лікування, досягнути активації й оптимізації остеогенезу після переломів нижньої щелепи з повноцінним відновленням пошкодженої кісткової тканини.

Хомич Н.М., Кушнір О.Л.

ДОПЛЕРОГРАФІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЯК МЕТОД ОЦІНКИ СТАНУ МІСЦЕВОГО КРОВОПЛИНУ У ХВОРИХ ПІСЛЯ АТИПОВОГО ВИДАЛЕННЯ НИЖНІХ ЗУБІВ МУДРОСТІ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Буковинський державний медичний університет*

Відомо, що 10-40% планових оперативних втручань у хірургічній стоматологічній практиці становлять операції атипового видалення нижніх третіх молярів, післяопераційний період яких часто супроводжується реактивним набряком, ускладненнями запального чи травматичного характеру. З метою полегшення перебігу післяопераційного періоду місцево застосовують холод та протизапальні засоби. У практиці стоматолога-хірурга немає чітко визначеної схеми застосування гіпотермії та протизапальних препаратів, тому метою нашого дослідження є обґрунтування призначення препарату «Дексаметазон» та локальної гіпотермії у хворих після атипового видалення нижніх третіх молярів.

Під нашим наглядом у відділенні хірургічної стоматології Чернівецької обласної клінічної лікарні знаходився 41 пацієнт після атипового видалення третіх молярів нижньої щелепи. Хворих поділено на 5 груп: перша - контрольна, в другій використовували гіпотермію по методиці С.Г.Масловської, в третій - гіпотермію по методиці О.Г. Пастухова, у четвертій - безпосередньо після ушивання рани вводили 4мг дексаметазону у жувальний м'яз, у п'ятій - безпосередньо після ушивання рани вводили 4мг дексаметазону у жувальний м'яз та призначали гіпотермію по методиці О.Г. Пастухова. Для дослідження ефективності методик проводили доплерографічне дослідження в день операції, на 1-шу, 3-тю та 7-му добу.

Встановлено, що в день оперативного втручання спостерігається значне сповільнення кровотоку в пацієнтів контрольних груп, тоді як показники основних груп відрізнялись незначним його зниженням. На 7-му добу максимально наблизились до норми показники швидкості кровотоку у пацієнтів п'ятої групи, міжгрупові різниці спостерігались протягом всього післяопераційного періоду (таб.).

Таблиця

Результати доплерографічного дослідження

День	V _ш (середня шв. кровотоку), см/с				
	Перша (контрольна) група (n=9)	Друга група (n=8)	Третя група (n=8)	Четверта група (n=8)	П'ята група (n=8)
0-а	6,0±0,5	8,5±0,9	7,4±0,7	8,4±0,5	9,7±0,6
1-а	5,8±0,9	8±0,7	10,2±2,1	9,2±1,1	9,9±0,1
3-а	6,3±0,7	10,3±0,1	11,6±1,1	10,6±0,6	11,2±0,1
7-а	9,3±1,4	11,5±0,7	11,9±0,8	12,0±0,5	12,5±0,3
Норма	12,2±2	12,2±2	12,2±2	12,2±2	12,2±2

Отже, застосування у пацієнтів гіпотермії в поєднанні з дексаметазоном полегшує перебіг післяопераційного періоду, про що свідчать показники доплерографічного дослідження.

Шостенко А.А.

СТАН МІСЦЕВОГО ІМУНІТЕТУ ТА МІКРОБІОЦЕНОЗУ ТКАНИН ЯСЕН У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ КАТАРАЛЬНИЙ ГІНГІВІТ З РІЗНИМИ ФОРМАМИ ПЕРЕБІГУ

*Кафедра хірургічної та дитячої стоматології
Буковинський державний медичний університет*

Хронічний катаральний гінгівіт є одним із найбільш поширених захворювань ясен у молодих осіб індустріально розвинених країн. Результати багатьох досліджень свідчать про вкрай несприятливий вплив хронічного інфекційно-запального процесу на здоров'я м'яких тканин пародонту. Паралельно зростаюче накопичення факторів ризику обумовлюють перехід катарального гінгівіту у важче незворотне захворювання – генералізований пародонтит. Ефективна реабілітація хворих на хронічний генералізований гінгівіт є невідкладним превентивним заходом лікування тканин, які оточують зуб, оскільки до 50% хворих втрачають зуби в молодому віці внаслідок прогресування запально-деструктивного процесу в пародонті.



Мета дослідження - вивчення особливостей мікробіоценозу тканин ясен та місцевого імунітету у хворих з хронічним та загостреним перебігом генералізованого катарального гінгівіту для підвищення ефективності реабілітації хворих та наукового обґрунтування етіотропного лікування.

Досліджено 42 хворих на хронічний генералізований катаральний гінгівіт (23 жінки (54,7%) та 19 чоловіки (45,3%), у віці від 19-31 років (середній вік 25,6 р.). Контрольну групу представили 18 практично здорових добровольців, що не мали в анамнезі хронічних запально-інфекційних захворювань. Всім хворим проводилось комплексні клінічні та лабораторні методи досліджень: визначення гігієнічного стану порожнини рота проводилось за методом Green-Vermillion, активність запального процесу в тканинах ясен за індексом кровоточивості Мюллмана в модифікації Коузлла; рентгенологічне дослідження – цифрова ортопантомографія; для оцінки запального процесу в змішаній не стимульованій слині визначали альфа-2г глікопротеїди методом імунодифузного титрування в агарному гелі за Оухтерлоні за допомогою стандартних тест систем; для визначення якісного складу бактеріальних агентів – клінічне бактеріологічне дослідження, ПЛР з наступною зворотною ДНК-гібридизацією; для оцінки стану місцевого імунітету – визначали рівень вмісту (sIgA), рівень інтерлейкінів ІЛ- 1В, ІЛ -4 та ФНО-а.

Умовно-патогенна стрептококова мікрофлора займає провідне місце в етіології хронічного катарального гінгівіту. В формуванні процесів загострення хронічного гінгівіту домінуючу роль відіграють стафілококи та гриби роду Candida. У хворих із загостреним перебігом генералізованого катарального гінгівіту виявлені більш суттєві відмінності в показниках місцевого гуморального імунітету порівняно з групою пацієнтів з хронічним проявом захворювання, які характеризуються значним зниженням рівня sIg A та Ig M та незначного підвищення Ig G.

СЕКЦІЯ 14

КЛІНІЧНА ОНКОЛОГІЯ, ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА ТА ПРОМЕНЕВА ТЕРАПІЯ

Гушул І.Я.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПЕРИТОНІТУ НА ФОНІ РАКУ ТОВСТОЇ КИШКИ

Кафедра онкології та радіології

Буковинський державний медичний університет

За останні десятиріччя спостерігається ріст захворювання на рак товстої кишки у всьому світі. У Східній Європі захворюваність на рак товстої кишки зростає за останні 30 років майже в 4 рази. В переважній більшості захворювань діагностується у III-IV стадіях. Враховуючи запущеність онкологічних процесів, спостерігається велика кількість ускладнень. Одним з них є перитоніт. Останній характеризується важкими загальними симптомами, в тому числі ендогенної інтоксикації і поліорганної недостатності. Летальність при перитоніті завжди є високою. У онкологічних хворих внаслідок пухлинного процесу зменшується реактивність і ускладнюється своєчасна діагностика та погіршуються результати лікування. Летальність при перитонітах у онкологічних хворих за даними різних клінік коливається в межах 60-80%.

Особливу складність для діагностики і лікування складає третинний перитоніт. Цим терміном визначають запалення очеревини, яке має рецидивуючий характер. Раніше такий перитоніт називали «перитонітом без джерела інфекції», «млявоперебігаючий перитоніт». Зазвичай третинний перитоніт розвивається у важких, ослаблених хворих, які перенесли декілька операцій на органах черевної порожнини. Перебіг такого перитоніту не проявляється вираженою перитонеальною симптоматикою, відзначається стертою клінічною картиною, можливою поліорганною дисфункцією і проявами рефрактерного до терапії ендотоксикозу. Третинний перитоніт розвивається внаслідок важкого вторинного імунодефіциту.

Головна відмінність вторинного перитоніту від третинного є в тому, що клінічна картина вторинного перитоніту зумовлена захисною реакцією організму в вигляді вивільнення великої кількості прозапальних цитокінів у відповідь на попадання інфекційного агенту і розвиток деструктивного процесу в одному з відділів черевної порожнини. В той час як третинний перитоніт розглядають як нездатність організму сформувати адекватну реакцію на системному і місцевому рівнях внаслідок переважання протизапальних цитокінів (як результат виснаження прозапального пулу цитокінів) у відповідь на розвиток інфекційного процесу в черевній порожнині. Під час операції джерело третинного перитоніту часто виявити не вдається.

Основна причина розвитку перитоніту – інфекція. Основним джерелом мікробної контамінації черевної порожнини є шлунково-кишковий тракт. Попадання мікроорганізмів в черевну порожнину можливе при порушенні цілості стінки травного каналу, а також при транслокації бактерій з кишків на фоні їх ішемії чи некрозу. Причиною інтраабдомінальної інфекції може стати інфікована жовч при перфоративній жовчевої міхури, порушення цілості уrogenітального тракту та запальні процеси органів малого тазу у жінок. Інколи бактерії попадають в черевну порожнину гематогенно.

Первинний перитоніт є, як правило, монобактеріальною інфекцією, яка розвивається у хворих циррозом печінки (E.coli, Enterobacter spp., Citrobacter freundii, Klebsiella spp., Staphylococcus viridans, Staphylococcus pneumoniae), у пацієнтів, що знаходяться на перитонеальному діалізі (коагулазонегативні стафілококи, Staphylococcus aureus, Enterococcus spp., Pseudomonas aeruginosa, інколи Candida spp.).

Для вторинних перитонітів характерним є те, що при попаданні в черевну порожнину значна частина бактерій гине під дією бактерицидних факторів очеревини і кисню (біфідо- і лактобактерії, строгі анаероби). Життєздатність зберігають аеротолерантні і факультативні анаероби, перш за все представники сімейства



Enterobacteriaceae, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp. і *Enterococcus* spp. У випадках розвитку спайкового процесу і формування обмежених просторів, можливе формування в них анаеробних умов і збереження життєздатності анаеробів. У всіх випадках вторинного перитоніту основними збудниками є *E.coli* (56-68%), *Klebsiella* spp. (15-17%), *Pseudomonas aeruginosa* (15-19%), *Enterobacter* spp. (6-14%). Значно рідше виділяються *Citrobacter* spp., *Serratia marcescens* і *Morganella morganii*. Серед грампозитивних бактерій найчастіше інфекція асоціюється з стрептококками (26-35%) і ентерококами (10-50%). Практично завжди при вторинному перитоніті виявляється змішана аеробно-анаеробна флора, при цьому анаероби в основному представлені групою *Bacteroides* spp., а також в меншій мірі *Clostridium* spp., *Fusobacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp.

Метою роботи було покращити результати лікування хворих на рак товстої кишки, ускладненого перфорацією і перитонітом, шляхом створення моделей пухлини товстої кишки та калового перитоніту, дослідженням нових аспектів етіопатогенезу.

Нами привито пухлину Герена у товсту кишку щура, шляхом вставлення в просвіт кишки пухлинної маси розміром 3мм*3мм, та визначено, що через 14 днів вона займає приблизно 2/3 просвіту товстої кишки, що відповідає клініці часткової кишкової непрохідності. Зміни органів черевної порожнини відповідають в'ялому перебігу перитоніту. У нашому експерименті відмічалась поява таких ускладнень як кровотеча з пухлини, параболічний абсцес та в одному випадку канцероматоз. Потім шляхом введення 30% калової суміші створено каловий перитоніт. Визначено, що вже на 1-2 добу виникає гнійно-фібринозний перитоніт.

Нами виконано резекції кишки та накладання анастомозу в умовах перитоніту, із санацією черевної порожнини у 14 тварин із даною патологією. Результати лікування наступні: 2 загинуло після операції в 1-й день, причина післяопераційна кровотеча. В інших тварин тривалість життя коливалась від 3-х до 12 діб.

Таким чином, перитоніт у щурів із пухлинами перебігає швидше, ніж тоді коли онкопатології не відмічається. При релапаротоміях візуально відмічається незначна кількість фібринових плівок, це може бути зумовлене порушенням процесу протеолізу та фібринолізу, що і планується в подальшому вивчити та порівняти.

Зелінська Н.В., Пересунько О.П.

КЛІНІЧНА ТА ГЕНЕАЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА АДЕНОКАРЦИНОМИ ШИЙКИ МАТКИ

Кафедра онкології та радіології

Буковинський державний медичний університет

Нами проаналізовані клінічні особливості 50 хворих з гістологічно верифікованою АКШМ 0-IV стадій, які знаходились на обстеженні та лікуванні в Чернівецькому клінічному онкологічному диспансері (24 хворих) та Хмельницькому онкологічному диспансері (26 хворих). Вік хворих склав в середньому 52,4 роки (18-79 років), 27 хворих (58,2%) у віці до 50 років.

Розподіл хворих АКШМ в залежності від стадії по класифікації FIGO та TNM. У більшості хворих 44 – 89% - захворювання вперше діагностувалися в запущених стадіях II-IV стадіях. Із 50 хворих АКШМ, які були включені в обстеження у 32 (64%) виявлено ожиріння: I ступеня – у 18 (56%), II ступеня – 12 (38%), III ступеня – у 2 (6%).

Ішемічну хворобу серця діагностовано у 15 (30%) пацієнток, гіпертонічну хворобу - 21(42%), хронічні захворювання шлунково-кишкового тракту – 8 (16%), захворювання легень (хронічний бронхіт, бронхіальна астма) – 3 (6%), цукровий діабет – 5 (10%), сечокам'яна хвороба – 3 (6%), захворювання опорно-рухового апарату – 2 (4%). Різноманітні поєднання супутніх захворювань виявлені у 16 пацієнток АКШМ (32%).

Клінічні симптоми, а саме, класична тріада (білі, кровотеча, біль) найчастіше спостерігалися при розповсюджених формах АКШМ, а саме, в II-IV стадіях у 44 хворих (88%). Один із основних симптомів АКШМ – кров'янисті виділення, спостерігалися у всіх випадках раннього виявлення АКШМ (Tis та T1a ст.) у вигляді контактних кровомазань – 6 хворих (12%). В більшості спостережень пухлина вражала церві кальний канал 34 хворих (68%). Ураження всієї шийки матки відмічено у 10 пацієнток (20%), передньої губи шийки матки – у 4 (8%), задньої губи – у 2-х (4%).

В нашому дослідженні спостерігалися наступні форми анатомічного росту пухлини: екзофітна, ендоефітна та змішана. Найбільш характерна була ендоефітна форма анатомічного росту пухлини, у 29 хворих (58%). Рідше зустрічається екзофітна форма анатомічного росту пухлини – 10 хворих (20%), при якій пухлина розповсюджується на ектоцервікс. Змішана форма анатомічного росту виявлена у 11 хворих (22%). При первинному огляді пухлина візуально не визначалася у 5 пацієнток (10%). В нашому дослідженні цитологічне дослідження було неефективним у 31 хворої (62%). Серед 50 хворих АКШМ досліджуваної групи діагноз пухлини шийки матки при профілактичних оглядах був поставлений тільки у 12 хворих (24%).

У репродуктивному віці у жінок I групи (АКШМ) достовірно частіше зустрічалися пізній початок місячних та пізня менструація, ювенільні кровотечі (p<0,05) в порівнянні з II групою (плоскоклітинний рак). У групі пацієнток з аденокарциномою шийки матки достовірно частіше зустрічалися первинне та вторинне безпліддя, загроза викидня, самовільні аборти, в порівнянні з групою хворих на плоскоклітинний рак. Частота запальних захворювань додатків матки, ендометріозу, кіст та кістом яєчників, поліпів ендометрія достовірно вище у групі пацієнток з аденокарциномою шийки матки. Ожиріння, цукровий діабет та гіпертонічна хвороба, більш характерно для хворих аденокарциномою шийки матки. Сукупність наведених даних свідчить про більш високу частоту ендокринно-метаболічних порушень у хворих з аденокарциномою шийки матки в



порівнянні з частотою таких при плоскоклітинному.

Нами проведено генетико – популяційне дослідження 50 хворих з аденокарциномою шийки матки та 15 практично здорових жінок (контрольна група). Онкологічна патологія спостерігалась у родичів пробандів у 19 (38%) родовах в яких, виявлено 22 пухлини різного генезу. У 2 родовах, родичі, яких хворіли раком жіночих репродуктивних органів рак зустрічався два рази. Із них у 2 родичів (матерів) були виявлені первинно-множинні злоякісні пухлини метакронного характеру „рак яєчників + рак молочної залози” та „рак молочної залози + рак ендометрія”. У 3 родовах пухлини реєструвались у матері та сестри. У 2-х родовах, родичі яких хворіли злоякісною пухлиною іншого генезу також рак зустрічався в двох випадках – „рак легень + рак шлунка” у батька та матері „рак товстої кишки + рак сечового міхура” – як первинно-множинний метакронний рак у сестри пробанда. Серед родичів I ступеня спорідненості злоякісні пухлини були виявлені у 33,3% матерів, 28% батьків, 15,1% сестер, 18,2% братів, 4,2% - дітей. Серед них найчастішою патологією був рак ендометрія (РЕ) – у 2, рак молочної залози (РМЗ) – у 4, рак яєчників (РЯ) - у 4, рак шлунка (РШ) – у 1, рак товстої кишки (РТК) – у 3. Також спостерігались рак шийки матки – у 3, рак сечового міхура (РСМ) – у 1, рак легень (РЛ) – у 2. Загалом, кількість злоякісних пухлин жіночих репродуктивних органів у родичів пробандів складала 13. Дещо меншу кількість – 9 – складала у родовах злоякісні пухлини шлунково-кишкового тракту. Подібна агрегація злоякісних пухлин у родовах (РТМ, РШ, РЯ, РМЗ) є характерною для сімейного родового синдрому I типу.

У 15 жінок контрольної групи клініко-генеалогічний аналіз показав, що у родовах 3 практично здорових жінок в випадків, зустрічались злоякісні пухлини різних локалізацій, а саме, рак шлунка – у 1, рак ендометрія – у 1, рак молочної залози – у 1. Порівняльний аналіз клінічних даних хворих на АКШМ з онкологічною патологією в родовах і без такої показав наступне. У 19 хворих на АКШМ з онкологічною патологією в родовах виявлені деякі клінічні особливості, а саме – було більше хворих з менархе після 14 років (на 15,4%), з безпліддям (на 9,6%), з ожирінням і гіпертонічною хворобою (на 19,6%), захворюваннями щитоподібної залози (на 17,4%). Тобто, у цих хворих на АКШМ були виявлені фактори ризику, що мають значення в патогенезі раку ендометрія, а більш точніше – I (гормонозалежного) його патогенетичному варіанту протікання.

Вищенаведене покладено в основу формування групи підвищеного генетичного ризику захворювання на рак жіночих репродуктивних органів.

Кравчук С.Ю.

ОПТИМІЗАЦІЯ ПРОМЕНЕВОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗЛОЯКІСНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ З ВИКОРИСТАННЯМ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В УМОВАХ ЧЕРНІВЕЦЬКОГО ОБЛАСНОГО КЛІНІЧНОГО ОНКОЛОГІЧНОГО ДИСПАНСЕРУ

Кафедра онкології та радіології

Буковинський державний медичний університет

Виділяють дві основні методики комп'ютерної томографії: без контрастування та з внутрішньовенним контрастуванням. Протягом тривалого часу і дотепер домінуючою точкою зору є безсумнівна перевага КТ з контрастним посиленням зображення в усіх аспектах. Тим часом, з появою нових діагностичних методик, в тому числі не тільки променевих, важливо періодично аналізувати і переосмислювати якомога більшу кількість плюсів і мінусів існуючих методів променевого дослідження.

У 2013-2014рр. виконано комп'ютерно-томографічне обстеження 237 хворим на злоякісні пухлини різних локалізацій, з них 28 хворим за допомогою комп'ютерної томографії з внутрішньовенним контрастуванням. Це приблизно відповідає процентному відношенню амбулаторних хворих, обстежених у відділенні променевої діагностики Чернівецького обласного клінічного онкологічного диспансеру, яке за перше півріччя 2014р. становило: з 2320 обстежень 314 виконано з внутрішньовенним контрастуванням. Окрім комп'ютерної томографії, хворим були здійснені інші променеві (рентгенографія органів грудної порожнини, ультразвукова діагностика органів черевної порожнини і тазу), лабораторні та інструментальні (фіброгастроуденоскопія, бронхоскопія, колоноскопія) дослідження з подальшою біопсією та гістологічним дослідженням біопсійного матеріалу.

Проведений порівняльний аналіз застосування комп'ютерної томографії з і без внутрішньовенного контрастування. При виборі методу променевої діагностики зазвичай використовуються такі критерії: 1) радіаційна безпека; 2) інформативність; 3) інвазивність і можливість ускладнень; 4) економічність і доступність.

Нами порівнювалися показники CTDIvol (mGy) в Patient Protocol на 20-зрізовому комп'ютерному томографі фірми Siemens - Somatom Definition AS, які дозволяють судити про поглинену дозу індивідуально кожним хворим. Під час нативного дослідження органів грудної та черевної порожнини поглинена доза становить у середньому близько 6-10mGy, що відповідає ефективній еквівалентній дозі у 6-10mSv, залежно від розмірів і ваги пацієнта. При внутрішньовенному контрастуванні ця доза значно зростає, в середньому до 30-50mGy (ЕЕД 30-50mSv), і може бути ще більшою, якщо застосовуються відтерміновані фази контрастування. Таким чином, при контрастному посиленні променеве навантаження на обстежуваного зростає приблизно в 5 разів. В умовах онкодиспансеру, де значна кількість хворих отримує променеву терапію, перевищення дозового навантаження може призвести до появи у частини пацієнтів променевих реакцій і ускладнень.