

допомоги. На нашу думку, єдине керівництво клініками дозволить краще визначати актуальні проблеми практичної медицини, створюючи умови для проведення науково-дослідних робіт; значно розширити можливості професорсько-викладацького складу у справі професійної підготовки фахівців, розробки і застосування новітніх засобів діагностики і лікування, впровадження наукових розробок в практичну медицину. На наш погляд, необхідно повернутися до термінового розгляду сучасної моделі нормативно-регульованих взаємин із потенційними роботодавцями, для того щоб медичні вузи не опинилися в ролі прохача, професорсько-викладацький склад міг у повному обсязі надавати консультативну і лікувально-діагностичну допомогу, студенти мали можливість проходити повноцінну практичну підготовку.

При розробці нормативної бази університетська клініка повинна, насамперед визначатися як науково-освітній центр високотехнологічної медичної допомоги для консультацій і оперативного вирішення лікувально-діагностичних питань. Університетська клініка не повинна дублювати міські й обласні лікарні, а повністю відповідати за оснащенням, рівнем і якістю надання медичної допомоги найсучаснішим стандартам, що також буде сприяти підготовці і перепідготовці фахівців на якісно новому рівні.

Висновки. Безпосередня участь студентів у лікувальному процесі сприятиме набранню необхідних практичних навичок, підвищенню ефективності взаємодії науково-освітнього і професійного середовищ. Університетські клініки створять нові можливості для підготовки сучасного лікаря і надання високоякісного медичного обслуговування пацієнтам, покращення координації наукової, лікувальної і навчально-педагогічної діяльності університету та закладів практичної охорони здоров'я.

ОШИБКИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

Урина Л.К.¹, Урина М.А.²

¹Детская городская клиническая больница №3, г. Киев
²УНПЦ эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МОЗ Украины г. Киев

Введение. Ультразвуковая диагностика дисплазии тазобедренных суставов у детей была разработана Р. Графом с конца 70-х годов прошлого столетия и применяется во всем мире, опубликовано много статей, посвященных этой патологии. Но, несмотря на это, исследование часто выполняется неправильно, что приводит к диагностическим ошибкам и недоверию ортопедов к ультразвуковому методу.

Цель работы. Выявление наиболее типичных врачебных ошибок при проведении методики ультразвукового исследования тазобедренных суставов у детей первого полугодия, оценке результатов исследования. Выработать рекомендации для проведения методики, с целью улучшения и своевременной диагностики дисплазии тазобедренных суставов у детей.

Материалы и методы. В результате консультативного приема в 2014-2015 годах проведен ретроспективный анализ 455 эхограмм и заключений тазобедренных суставов детей первого полугодия жизни, выполненных в лечебно-профилактических учреждениях города.

Результаты. В результате повторного ультразвукового исследования тазобедренных суставов и анализа

предыдущего исследования выявлены следующие типичные ошибки:

1. Отсутствие на эхограммах хотя бы одного из основных анатомических ориентиров. В таком случае сонограмма не пригодна для диагностики!

Отсутствовала на эхограмме:

— костно-хрящевая граница в 90% случаев, которая необходима для идентификации других структур. Это гиперэхогенная изогнутая структура на границе костной части шейки бедренной кости и хрящевого большого вертела, являющаяся результатом сильного отражения УЗ-волны от костной части шейки бедра;

— хрящевая губа в 30%. При наклоне датчика и косом прохождении звукового луча она чаще всего не обнаруживается;

— нижний край подвздошной кости (костный эркер) в 25% случаев. Он является основным показателем точной плоскости разреза и должен быть однозначно видим на сонограмме с исключением децентрированных суставов.

2. На эхограмме плоскость разреза тазобедренного сустава проведена через вентральную часть крыши в 35% случаев, через дорзальную часть — в 37% (не через сустав). В норме плоскость должна проходить через среднюю часть, при этом контур тела подвздошной кости будет расположен горизонтально.

3. Неправильное проведение линий образующих угол альфа и бета.

Линия хрящевой крыши в норме проводится от костного эркера через середину суставной губы.

Проведение костной крыши от тела подвздошной кости, а не от костного эркера выявлено в 85% случаев. Все три линии пересекались в одной точке при разных степенях дисплазии в 80% случаев.

4. Оценка результата исследования только по углам альфа и бета без описания типа сустава выявлена в 55% случаев.

Выводы: 1. Выявленные ошибки при проведении методики ультразвукового исследования тазобедренных суставов приводят как к гипердиагностике, так и пропуску патологии. 2. Пассивность врачей УЗД, которые не изучают первоисточник, где автор четко указывает на возможные ошибки, а учатся у коллег по работе, повторяя их ошибки. 3. Недостаточно уделяется внимания практическим занятиям на кафедре лучевой диагностики. 4. Необходимость проведения мастер-класса для врачей. 5. Необходимость издания кратких методических рекомендаций по данной методике и распространения их.

ПЕРВИЧНАЯ ДИАГНОСТИКА ЛИГАМЕНТОЗНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Урина Л.К.¹, Урина М.А.²

¹Детская городская клиническая больница №3, г. Киев
²УНПЦ эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МОЗ Украины, г. Киев

Введение. Головная боль, головокружение, боль в шее являются частыми жалобами у детей. Эти симптомы могут быть при многих заболеваниях. Одной из причин этих жалоб (при отсутствии в анамнезе травмы) может быть лигаментозная нестабильность.

Шейный отдел позвоночника имеет свойства, прямо противоположные друг другу (мобильность, стабильность). Нестабильности в шейном отделе позвоночника — это невозможность сохранения нормальных соотношений в сегментах в покое или при физических нагрузках.

Причины нестабильности: травмы, аномалии и пороки развития, врожденная и приобретенная слабость связочного аппарата, дегенеративно-дистрофические поражения.

Диагностика нестабильности в верхнешейном отделе позвоночника проводится на боковой рентгенограмме по величине переднего атланта-дентального сустава и на прицельной рентгенограмме через открытый рот.

Диагностика лигаментозной нестабильности в нижнешейном отделе позвоночника проводится на боковой рентгенограмме, выполненной в среднем физиологическом положении головы. Изменение плавности линии, проведенной по задней поверхности позвонков, свидетельствует о смещении тел по горизонтали.

Измеряем расстояние между задним нижним углом вышележащего позвонка и задневерхним углом нижележащего позвонка.

Для определения нестабильности в нижнешейном отделе позвоночника по вертикали ряд авторов (Dachling Pang California, 1995; Гелли Р.Л., 1995) рекомендуют на боковой рентгенограмме определять величину угла, образованного линиями вдоль нижних поверхностей смежных позвонков, и сравнивать его с выше- и нижележащими сегментами (на этом уровне отмечается расхождение остистых отростков).

Цель работы. Выявление лигаментозной нестабильности у детей при следующих жалобах: головная боль, головокружение, мышечная кривошея, ограничение движений, боль в шее, парестезия в верхних конечностях, при отсутствии в анамнезе острой травмы.

Материалы и методы. Обследование проводилось на цифровом рентгенодиагностическом аппарате "Индиаграф". УЗИ мышц шеи — на аппарате Logic-200.

Обследовано 146 детей, из них 65 девочек, 81 мальчик. Патология выявлена у 36 (24,7%) пациентов, из них 17 девочек и 19 мальчиков. В возрасте от 8 до 12 лет патология выявлена у 7 пациентов, 13-15 лет — у 11 пациентов, 16-18 лет — у 18 пациентов.

Результаты. В результате обследования детей выделено 4 группы патологии:

1. Лигаментозная нестабильность в верхнешейном отделе (ротационный подвывих) выявлена у 5 пациентов.
2. Компрессионный перелом выявлен у 2 пациентов.
3. Аномалия развития шейного отдела позвоночника выявлена у 2 пациентов.
4. Лигаментозная нестабильность в нижнешейном отделе по вертикали и горизонтали — у 24 пациентов.
5. Сочетанная патология: у 3 пациентов выявлена аномалия Киммерли в сочетании с лигаментозной нестабильностью в нижнешейном отделе.

Выводы

1. При наличии жалоб на головную боль, головокружение, парестезию показана рентгенография шейного отдела позвоночника (боковая в физиологическом положении головы и прицельная через открытый рот).
2. Если на боковой рентгенограмме в срединном положении головы угол между смежными телами позвонков $>7^\circ$, но $<11^\circ$ без неврологического дефицита, показаны функциональные снимки.
3. Если на боковой рентгенограмме в срединном положении головы угол между смежными телами

позвонков $>11^\circ$ с неврологическим дефицитом или без него — это лигаментозная нестабильность. Функциональные снимки не показаны. Показана консультация нейрохирурга (хирургическое лечение).

4. Если на боковой рентгенограмме в срединном положении головы угол между смежными телами позвонков $>7^\circ$, но $<11^\circ$ с неврологическим дефицитом — эта нестабильность может стать причиной миелопатии. Функциональные снимки не показаны. Показана консультация нейрохирурга (хирургическое лечение).

Если угол не меняется, функциональные снимки повторяют через 3-5 дней для исключения спазма. Если угол $<11^\circ$ — показана фиксация на 3 месяца.

ПРОМЕНЕВІ МЕТОДИ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДА

Федьків В.А.

Національний медичний університет

ім. О.О. Богомольця, м. Київ

ДУ @Національний науковий центр

«Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска»

НАМН України, м. Київ

Променеві методи візуалізації — рентгенографія органів грудної клітки (РГ ОГК) та мультidetекторна комп'ютерна томографія (МДКТ) — дозволяють діагностувати тромбози легеневої артерії та патологічні зміни в легенях, обумовлених гіпертензією малого кола кровообігу, лівошлуночковою недостатністю та порушеннями гемостазу у хворих, які перенесли інфаркт міокарда (ІМ).

Мета роботи. Провести променеву діагностику з метою виявлення ознак тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) у хворих, які перенесли ІМ, з використанням методів РГ ОГК та МДКТ.

Матеріал і методи. Проведено: РГ ОГК — 190 пацієнтам (163 чоловіки, 27 жінок). Із яких 13 хворим (11 чоловіків, 2 жінки) додатково виконано МДКТ ОГК з контрастуванням легеневих артерій (ЛА). За допомогою цих методів візуалізації оцінювали легеневий малюнок, його характер, корені легень, межі магістральних судин, а також наявність ознак тромбоемболії легеневих судин (ТЕЛА) та застійних явищ, плеврального чи перикардіального випоту.

Результати дослідження. За даними РГ ОГК, із основної групи (190 пацієнтів) у 44 (23,2%) хворих виявлено зміни в легенях застійного характеру. Із них у 26 (13,7%) хворих виявлено рентгенологічні ознаки застійних явищ у прикореневих зонах, у 18 (9,5%) хворих ці зміни спостерігались переважно у нижніх відділах легень. У 34 (17,9%) випадках проведено рентгенографію ОГК у боковій проекції для додаткової деталізації рентгенологічних даних.

Із основної групи (190 пацієнтів) у 13 (6,8%) хворих за клінічними ознаками та даними РГ ОГК запідозрена ТЕЛА, яким додатково було проведено МДКТ-дослідження ОГК з контрастуванням легеневих артерій (ЛА). У 7 (3,7%) хворих методом МДКТ-ангіографії ЛА підтверджені ознаки тромбозу ЛА: тромботичні маси та дефекти контрастування в просвіті ЛА та їх часткових та сегментарних гілок. Із 7 хворих у 5 обстежених виявлено МДКТ-ознаки тромбозу правої головної ЛА та