

Результати. Нарухенню дренажа ОМК наиболее часто способують следующие варианты развития: булла средней носовой раковины, клетки Галлера, увеличенная решетчатая булла, увеличенные клетки бугорка носа, деформация задневерхних отделов перегородки носа. Удельный вес анатомических вариантов в контрольной группе (80 человек) составил 37,9%, у пациентов с риносинуситами — 50,2%.

Выводы. Установлено, что только сочетание 2-3 вариантов строения негативно влияет на частоту развития воспалительных процессов в околоносовых пазухах вследствие нарушения дренажной функции структур ОМК.

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ОСТЕОСЦИНТИГРАФІЇ ТА РЕНТГЕНОГРАФІЇ У ХВОРИХ НА АСЕПТИЧНИЙ НЕКРОЗ ГОЛІВКИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ

¹Ткаченко М.М., ^{1,2}Король П.О.

¹Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця, м. Київ

²Київська міська клінічна лікарня № 12, Київ

Вступ. Останнім часом інтерес до асептичного некрозу голівки стегна помітно зріс, що пояснюється такими чинниками: збільшення частоти захворювання, яке нерідко є головною причиною деформуючого коксартрозу; переважне ураження осіб молодого віку (20-50 років); прогресуючий перебіг захворювання з наслідками на інвалідність; часта двостороння локалізація патологічного процесу (37-80%); складність і невисока ефективність оперативного лікування. Ендопротезування кульшових суглобів при асептичному некрозі голівки стегнової кістки є актуальним провідним методом ортопедичної корекції, що дозволяє значно покращити якість життя. На даному етапі вивчається діагностична роль сучасних додаткових методів обстеження компонентів кульшових суглобів у хворих на асептичний некроз голівки стегнової кістки, яким планується ендопротезування. Одними із сучасних і чутливих методів для дослідження кульшових суглобів є рентгенографія та остеосцинтиграфія.

Мета. Порівняльний аналіз рентгенологічного методу та методу остеосцинтиграфії при ендопротезуванні кульшових суглобів у хворих з асептичним некрозом голівки стегнової кістки.

Матеріали і методи. Остеосцинтиграфія проводилась на томографічній сцинтиляційній планарній гамма-камері "Тамара"-301 Т після внутрішньовенного введення 99m-Тс-пірофосфату активністю 550-770 МБк. Рентгенологічне дослідження проводили на цифровому рентгенологічному діагностичному комплексі РДК-ВСМ «Медапаратура КВО».

Результати досліджень та їх обговорення. Обстежено 65 хворих з асептичним некрозом голівки стегнової кістки (39 жінок та 26 чоловіків) віком від 17 до 45 років. Порівняльний аналіз сцинтиграфічного та рентгенологічного досліджень показав, що визначення зони зі зниженою активністю в проекції кульшового суглоба відповідає рентгенологічній стадії субхондрального некрозу голівки стегнової кістки. У доопераційний період аваскулярний осередок у проксимальному епіфізі стегнової кістки при асептичному некрозі голівки стегнової кістки на остеосцинтиграмах виявляється

зниженням накопичення радіофармпрепарату в зоні некрозу з перших тижнів захворювання, тобто з появою перших клінічних симптомів.

Чим більший осередок гіпофіксації радіофармпрепарату в проекції голівки стегнової кістки, тим вірогідно вищий ступінь її ураження патологічним процесом ($p < 0,05$).

Висновок. Рентгенографія може використовуватись у визначенні стадії поширеності патологічного процесу при асептичному некрозі, а в комплексі з остеосцинтиграфією — для моніторингу динаміки патологічного процесу після ендопротезування.

ПОДАЛЬШІ ШЛЯХИ МОДЕРНІЗАЦІЇ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ З РАДІОЛОГІЇ

Ткаченко М.М., Морозова Н.Л.

Національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Вступ. Згідно із Законом України «Про вищу освіту», головним принципом діяльності ВМНЗ є прагнення до оптимізації в таких напрямках, як підготовка висококваліфікованих фахівців, розвиток медичної науки та надання населенню медичної допомоги на найвищому рівні. Найважливішою умовою для виконання цих завдань є висока якість підготовки майбутніх лікарів, отримання ними глибоких теоретичних знань і необхідних практичних навичок.

Основна частина. Без сумніву, навчання і підготовка кваліфікованих кадрів для системи охорони здоров'я потребують значних часових і ресурсних витрат. Оновлення змісту радіологічної освіти, удосконалення організації навчання неможливе без підвищення професійної майстерності науково-педагогічних працівників і модернізації матеріально-технічної бази забезпечення навчального процесу. Недостатнє фінансування вищої медичної освіти і системи охорони здоров'я в цілому супроводжується складностями у матеріально-технічному оснащенні вищих навчальних закладів і клінічних баз, що негативно впливає на якість оволодіння теоретичними знаннями і практичними навичками. Сучасна ситуація з діагностичним обладнанням для променевої діагностики в Україні, на наш погляд, складна. Рівень фактичного зносу апаратури в галузі складає 33-80%, річні показники оновлення — 0,6-17,2%. При цьому значна частина рентгенологічного обладнання сьогодні працює за умов невідповідності сучасним вимогам радіаційної безпеки. Технічне оснащення відділень променевої діагностики лікувально-профілактичних закладів, які використовуються кафедрами радіології і радіаційної медицини НМУ імені О.О. Богомольця як клінічні бази для підготовки студентів і лікарів-інтернів, також не задовольняє сучасним вимогам, що негативно позначається на якості діагностики і навчального процесу.

Великий обсяг навчально-виховної, науково-дослідної і лікувальної роботи, яку проводить професорсько-викладацький склад ВМНЗ України, зумовлює потребу в створенні університетських клінік — медичних закладів нового типу на базі потужних багатопрофільних клінічних лікувально-профілактичних закладів. Університетські клініки, оснащені сучасним обладнанням та апаратурою для діагностичної і лікувальної роботи, повинні стати основними центрами навчання, наукових досліджень і надання високоспеціалізованої медичної

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 набуттю 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.