

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.