

го закладу, закупивши 3 цифрових вітчизняних комплекси: цифрову базову рентгенографічну систему (замість флюорографа), систему для цифрової рентгеноскопії та рентгенографії на базі поворотного столу-штативу та цифровий рентгенодіагностичний комплекс на 2 робочих місця з режимами рентгенографії, рентгеноскопії та томосинтезу — все це коштуватиме менше ніж 10,0 млн грн.

В останні 10 років у країні через закупівлю псевдоцифрового обладнання відбувається дискредитація цифрової рентгенодіагностики, тоді як вітчизняні виробники розробляють новітні системи цифрової рентгенографії та томосинтезу — все це коштуватиме менше ніж 10,0 млн грн.

Якщо у 2004 році за межі країни було відправлено лише 20% від загальної кількості вітчизняних цифрових рентгенографічних приймачів «Альфа», то сьогодні лише трохи більше ніж 10% приймачів «Іона», які прийшли на заміну приймачам «Альфа», залишається в Україні, 10% — поставляється в країни колишнього СРСР, а решта йде в країни Західної Європи та США. За їх допомогою виконують і цифрову рентгенографію, і цифрову рентгеноскопію, і цифрову маммографію, і рентгенографію томосинтезу та конусно-променеву томографію.

Повернення до переоснащення рентгенографічних відділень на основі використання вітчизняних цифрових приймачів, палатних рентгенографічних апаратів та капітального ремонту наявного рентгенографічного обладнання дозволяє не тільки в разі скоротити витрати на оновлення матеріально-технічної бази рентгенодіагностики, але й реально впровадити в клінічну практику цифрову технологію візуалізації рентгенографічних зображень та телерадіологію.

Висновки. В Україні наявні всі передумови для сучасної цифрової рентгенодіагностики, а фактично сьогодні маємо її дискредитацію. Для реального впровадження в клінічну практику цифрової технології візуалізації рентгенографічних зображень та телерадіології необхідно повернутися до переоснащення рентгенографічних відділень на основі використання вітчизняних цифрових приймачів, палатних рентгенографічних апаратів та капітального ремонту наявного рентгенографічного обладнання. І тільки активними спільними зусиллями радіологів, науковців та виробників рентгенографічного обладнання разом з небагатьма людьми, які посідають керівні посади у владі, можна в майбутньому змінити ситуацію з цифровою рентгенодіагностикою в країні на краще.

«ПІДВОДНІ КАМЕНІ» ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ОГЛЯДОВІЙ УЗД ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Жайворонок М.М.¹, Федусенко О.А.²

¹Медичне науково-практичне об'єднання «МедБуд», м. Київ

²Кафедра променевої діагностики,
НМАПО ім. П.Л. Шупика, м. Київ

Вступ. На захворювання товстої кишки страждають від 14 до 70% пацієнтів працездатного віку. Хвороби можуть розпочинатися в дитячому віці, але дебют хвороби відбувається в третє чи четверте десятиріччя життя. У сучасній науковій літературі праця, які вивчають ультразвукові особливості будо-

ви товстої кишки, замало. На жаль, на даному етапі при оглядовому ультразвуковому обстеженні органів черевної порожнини (ОЧП) занадто мало уваги приділяється товстій кишці.

Мета. Оцінити можливості трансабдомінальної ультразвукової візуалізації патології товстої кишки під час проведення ультразвукового обстеження ОЧП.

Матеріали та методи. Нами обстежено 664 пацієнти віком від 12 до 75 років за період 2016 року, які були направлені на ультразвукове обстеження ОЧП амбулаторно та стаціонарно. Ультразвукові дослідження (УЗД) проводилися на апаратах Esaote Seven, Philips HD 11 з мультичастотними конвексними 3,5-5 МГц та лінійними датчиками 7-12 МГц. Застосовували технології покращення В-зображення. Обстеження товстої кишки проводили без попередньої підготовки та використовували класичну методику трансабдомінального обстеження товстої кишки без діагностичного розчину.

Результати та їх обговорення. При оглядовому УЗД ОЧП було виявлено 7 (1%) випадків раку ободової кишки, 2 (0,3%) випадки раку прямої кишки, 2 (0,3%) — хвороби Крона, 32 (4,8%) — дивертикулярної хвороби, 7 (1%) — неспецифічних колітів, 2 (0,3%) — параколітичних інфільтратів, 26 (3,9%) випадків гострого апендициту. Усі діагнози були підтверджені під час проведення ректороманоскопії, іригоскопії та колоноскопії.

Не викликає сумніву, що серед хворих, які з різних причин направляються на обстеження ОЧП у кабінети УЗД, зустрічаються хворі з усіма стадіями колоректального раку та відповідних передракових станів. Сьогодні, за відсутності скринінгу, переважна більшість патології товстої кишки залишається поза увагою лікарів-спеціалістів з УЗД.

Висновки. Застосування оглядового обстеження товстої кишки при УЗД ОЧП дозволяє виявити патологію кишківника на доклінічній та малосимптомній стадії. Важливим є й те, що УЗД дозволяє виявити передракові захворювання — дивертикули, запальні зміни стінки кишки. Стандартні можливості проведення оглядового УЗД товстої кишки у пацієнтів, які потрапили на УЗД ОЧП, роблять його економічно вигідним, прийнятним для пацієнта, таким, що може використовуватися за необхідності в процесі лікування.

МУЛЬТИМОДАЛЬНИЙ ПОДХОД К ДІАГНОСТИКЕ ПАТОЛОГІИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Никитина О.В.

ДЦ «Юж-Укрмедтех», г. Одесса

Вступление. Заболевания желчного пузыря (ЖП) встречаются часто. Патология ЖП (например, полипы) может протекать бессимптомно, но имеет тенденцию к малигнизации. Некоторые заболевания, такие как конкременты желчного пузыря и желчевыводящих путей, сопровождаются острой симптоматикой и могут привести к тяжелым осложнениям. Также изменения ЖП могут быть следствием другого заболевания (например, гепатит). Поэтому своевременная диагностика патологии желчного пузыря имеет очень важное значение.

Цель. Изучить лучевую семиотику патологии желчного пузыря, используя мультимодальный подход.