

безопасности, а также диктует необходимость постоянного совершенствования системы подготовки кадров.

Очень важно при диагностическом и лечебном МО, особенно при проведении высокодозовых РЛИ, например, компьютерной томографии, где значения эффективных доз могут быть в 10 – 60 раз выше (сканирование грудной клетки) по сравнению с рутинными методами (рентгенография), придерживаться установленных граничных доз и референтных (рекомендуемых) уровней.

Наиболее эффективно свести к минимуму возможные радиационные риски и не допустить значительного увеличения уровня МО в современных условиях может только применение системного подхода.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Братилова, А.А. Уровни облучения пациентов при проведении рентгеновской компьютерной томографии в медицинских организациях Санкт-Петербурга и Ленинградской области / А.А. Братилова, В.Ю. Голиков, С.А. Кальницкий // Радиационная гигиена. – 2014. – Т.7, № 3. – С. 33-38.
2. Здоровоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2012 г.- Минск: ГУ РНМБ, 2013. – 284 с.
3. Суконко, О.Г. Состояние и перспективы развития онкологии в Республике Беларусь / О.Г. Суконко // Онкологический журнал. – 2011. – Т. 5, №4. – С. 5-18.
4. Федорущенко, Л.С. О дозах облучения пациентов, полученных при проведении медицинских процедур в Республике Беларусь /Л.С. Федорущенко //Современные проблемы радиационной медицины: от науки к практике: сб. матер. Междунар. науч.-практ. конф. – Гомель, 2015. – С. 23-24.
5. Шубик, В.М. Мирный атом: польза – вред / В.М. Шубик. – СПб.: НИИ РГ, 2011. – 212 с.

ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОСТЕЙ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Горбач О.А., студентка 5 курса медико-диагностического факультета;

**Губарь Л.М., старший преподаватель кафедры лучевой диагностики и
лучевой терапии**

Кафедра лучевой диагностики и лучевой терапии

Научный руководитель – канд. мед. наук, доцент, заведующий кафедрой
Овчинников В.А.

Визуализация костей изначально лежала в основе рентгенодиагностики [1]. Злокачественные образования в костях чаще встречаются в подростковом и молодом возрасте [2], что является социально значимой проблемой и обуславливает актуальность темы.

Цель: изучить возможности методов лучевой диагностики в предоперационной оценке злокачественности патологических изменений костей в разной возрастной категории с учетом пола и локализации.

Материалы и методы исследования: изучение архивных данных УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно» пациентов с опухолями костей за период с 2010 по 2015 гг., анализ научно-методической литературы по онкологии.

Результаты. За период с 2010-2015 гг. в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно» были отобраны двадцать пациентов, которых подозревали на наличие злокачественных новообразований костей на основании их клинического анамнеза и оценки классических обзорных рентгенограмм в двух проекциях. Все 20 пациентов были дообследованы на многосрезовом спиральном компьютерном томографе (МСКТ). Снимки были сделаны в сагиттальной и фронтальной (корональной) плоскостях в трехмерной проекции.

Из 20 пациентов 18 были прооперированы, 2 пациента с ретикулосаркомой обошлись консервативным лечением (у одного были противопоказания для хирургического вмешательства – мужчина в возрастной категории 40-50 лет, а другой имел отдаленные метастазы на момент установления диагноза – мужчина в возрастной категории 60 лет и старше). У 18 прооперированных результаты были гистопатологически сравнены и совпадали с заключением РКТ исследования.

Возраст пациентов, включенных в исследование, колебался от 10 до 66 лет со средним возрастом 25,5 лет. Максимальное количество больных было в возрастной группе 10-20 (25%) лет. Из 20 пациентов, включенных в исследование, 14 (70%) мужчины и 6 (30%) женщины. У мужчин гистологические типы опухолей среди исследуемой контрольной группы следующие: остеосаркома (7) 50%, ретикулосаркома (4) 30%, саркома Юинга (3) 20%. У женщин гистологические типы опухолей: остеосаркома (2) 33,3%, ретикулосаркома (2) 33,3%, саркома Юинга (2) 33,3%.

С учетом локализации новообразования костей распределились следующим образом: остеосаркома – метафиз бедренной кости (5) 55,5%, метафиз большеберцовой кости (2) 24,5%, метафиз лучевой кости (1) 10%, метафиз плечевой кости (1) 10%; ретикулосаркома – метафиз большеберцовой кости (2) 40%, диафиз бедренной кости (1) 15%, метафиз малоберцовой кости (1) 15%, эпифиз бедренной кости (1) 15%, метафиз бедренной кости (1) 15%; саркома Юинга - диафиз плечевой кости (2) 40%, метафиз плечевой кости (1) 20%, диафиз бедренной кости (1) 20%, диафиз лучевой кости (1) 20%.

Из 20 пациентов у 7 при поступлении в анамнезе была травма, что подтвердилось рентгенологически переломами. Локализации переломов следующие: перелом метафиза бедренной кости – 4 пациента (3 пациента с диагнозом остеосаркома, 1 пациент с диагнозом ретикулосаркома). Возраст и пол исследуемых пациентов с переломами в метафизе бедренной кости с остеосаркомой: 10-20 лет, юноша; 1 мужчина и 1 женщина в возрастной

категории 50-60 лет; пациентка с ретикулосаркомой была в возрастной категории 40-50 лет. При переломе диафиза лучевой кости – 2 пациентки в возрастной категории 20-30 лет с диагнозом остеосаркома и саркома Юинга соответственно. Перелом диафиза плечевой кости у юноши в возрастной категории 10-20 лет с диагнозом саркома Юинга.

Выводы: 1) Злокачественные новообразования костей в основном поражают молодое (10-20 лет) и трудоспособное население (20-50 лет), большая часть из которого приходится на мужской пол.

2) Наиболее частой локализацией злокачественных новообразований и патологических переломов костей являлся метафиз бедренной кости.

3) Основным и первичным методом предоперационной диагностики опухолей костей остается рентгенологический (обзорные рентгенограммы костей и МСКТ).

4) По гистологическому типу злокачественных новообразований костей наиболее часто встречалась остеосаркома.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Остман, Й.В. Основы лучевой диагностики. От изображения к диагнозу: пер. с англ. / Й.В. Остманн, К. Уальд, Дж. Кроссин. – М.: Мед. лит., 2012. – 368 с.
2. Кац, Д.С. Секреты рентгенологии / Д.С. Кац, К.Р. Мас, С.А. Гроскин. – М.: СПб: Изд-во БИНОМ. – Изд-во Диалект, 2003. – 704 с.

ДИАГНОСТИКА БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА В СОЧЕТАНИИ С ВАГИНАЛЬНЫМ КАНДИДОЗОМ У БЕРЕМЕННЫХ

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Горбач О.А., студентка 5 курса медико-диагностического факультета;

Тесевич И.Н., студент 6 курса лечебного факультета

Кафедра клинической лабораторной диагностики и иммунологии

Научный руководитель – ассистент Волчкевич О.М.

В последнее десятилетие во многих странах мира отмечается рост вагинальных инфекций, которые прочно занимают одно из ведущих мест в структуре акушерско-гинекологической заболеваемости [1]. Подавление нормальной микрофлоры влагалища ведет к разнообразной патологии, как воспалительного, так и невоспалительного генеза [2]. При нарушении влагалищного кислотного баланса происходит размножение грибов и возникают инфекции. В связи с этим наиболее социально значимой проблемой беременных является бактериальный вагиноз в сочетании с вагинальным кандидозом [3], что определяет более интенсивное изучение различных аспектов диагностики этой патологии и обуславливает актуальность темы.

Цель: выявить частоту встречаемости бактериального вагиноза в сочетании с вагинальным кандидозом у беременных.