

в поврежденном суставе определялось большее расстояние между клювовидным отростком и головкой плечевой кости по сравнению с противоположным суставом. В здоровом суставе расстояние между головкой плечевой кости и клювовидным отростком составляло 4-5 мм, в больном – 11-17 мм. Разница между вышеуказанным расстоянием в плечевых суставах составила 7-13 мм, в среднем $9,3 \pm 2,29$ мм. На функциональных ультрасонограммах у 7 больных с вклиненным задним вывихом отсутствовали активные и пассивные движения в суставе. У 2 больных, у которых вывих не сопровождался вклинением активные и пассивные движения были ограничены.

Таким образом, разницу расстояний между головками плечевых костей и смежными клювовидными отростками поврежденного и здорового ПС, больше 7мм в пользу поврежденного ПС, можно считать признаком заднего вывиха плеча. А дополнительное отсутствие активных и пассивных движений в ПС на функциональных ультрасонограммах можно считать УСГ признаком вклиненного заднего вывиха плеча.

Тем не менее, отсутствие четкой и полной визуализации сочленяющихся поверхностей головки плечевой кости и суставной впадины лопатки на ультрасонограммах, не позволяют в полной мере судить о нарушении соотношений в ПС. Поэтому УСГ, по нашему мнению, можно использовать как экспресс метод диагностики заднего вывиха плеча. При наличии УСГ признаков заднего вывиха плеча необходимо направлять больного на томографическое исследование.

Вывод. Задний вывих плеча имеет количественные и функциональные УСГ признаки. Ультрасонографию можно применять как экспресс метод диагностики этого повреждения.

МЕСТО УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛУЧЕВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Литвин Ю. П., Логвиненко В. В., Литвин В. В.

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,
Днепропетровск*

Введение. В связи с развитием и усовершенствованием диагностической аппаратуры появляются новые возможности для более точной диагностики повреждений опорно-двигательной системы вообще и плечевого сустава (ПС) в частности.

Цель. Установить приоритетность применения методов лучевой диагностики для выявления разрыва ротационной манжеты плеча (РМП), нестабильности плечевого сустава, импинджмент синдрома (ИС) плечевого сустава.

Материалы и методы. Исследовано 312 больных с повреждениями плечевых суставов, которые были разделены на три группы. Первую группу составили 134 (42,9%) больных с повреждением РМП, вторую – 86 (27,6%) с нестабильностью ПС, третью – 92 (29,5%) чел., с ИС. Большим проводены лучевые исследования в объеме рентгенографии, ультрасонографии (УСГ), компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), прямой магнитно-резонансной артрографии. Оперативное лечение произведено 142 (45,5%) пациентам.

Результаты. При определении приоритетного метода лучевой диагностики учитывали диагностическую ценность метода, стоимость исследования, лучевую нагрузку на пациента. Диагностическую ценность лучевых методов исследования определяли на основе сопоставления данных лучевого исследования и оперативного вмешательства с вычислением статистических показателей чувствительности, специфичности и точности. При повреждении мягкотканых структур рассчитывались показатели диагностической ценности УСГ, МРТ и прямой МР-артрографии, для рентгеновских методов (рентгенография и КТ) данные расчеты не проводились поскольку мягкие ткани имеют низкую рентгенконтрастность.

При полных и частичных разрывах РМП ультрасонография и МРТ имели одинаковую диагностическую ценность. Показатели чувствительности, специфичности, точности при полных разрывах РМП для УСГ составили 97,6%, 96,7% и 97,2%, для МРТ 100%, 95,8% и 97,1%; при частичных разрывах – 84%, 95,6%, 91,4% для УСГ и 83,3%, 95,5%, 91,2% для МРТ. Учитывая более низкую стоимость исследования, ультрасонографический метод диагностики при повреждениях РМП определен нами как приоритетный.

При разрывах суставной губы лопатки, которая в 85% случаев является причиной нестабильности ПС, получены следующие показатели. Чувствительность, специфичность, точность для УСГ составила 19%, 42,9%, 35,7%, для МРТ – 90,5%, 84,6%, 88,2%, для прямой МР-артрографии 98,2%, 100%, 99,3%. Учитывая то, что УСГ имеет низкие показатели диагностической ценности, а МРТ ненадежно уступает прямой МР-артрографии, но намного дешевле – приоритетным методом для диагностики нестабильности ПС является МРТ.

При ИС определение приоритетного метода лучевого исследования затруднено, потому что с одной стороны в патологический процесс вовлекается значительная часть элементов плечевого пояса: ключично-акромиальный сустав, акромийон, большой бугорок плечевой кости, структуры субакромиального пространства (субакромиально-субдельтовидная сумка,

РМП), ключично-акромиальная связка, а также изменяется кровоток и повышаются двигательные нарушения в ПС, а с другой – лучевые методы обладают различными возможностями в выявлении патологии вышележащих структур и двигательных расстройств. Так, например, двигательные нарушения и изменения кровотока выявляются только на УСГ, в то время как субакромиальное пространство из-за наличия костного экрана от акромия не доступно для ультразвукового исследования, но хорошо визуализируется с помощью МРТ; мелкие кальцинаты, изменения структуры костной ткани и артроз ключично-акромиального сустава лучше всего определяются на КТ. В связи с этим мы считаем, что для диагностики ИС наилучшим является комплексное лучевое исследование и целесообразно применять принцип «от простого к сложному». Исследование проводится поэтапно: рентгенография – УСГ – МРТ – КТ, при этом каждый последующий метод применяется только в случае недостаточной информативности предыдущего. Дорогостоящие методы – МРТ и КТ применяются только при недостаточности информации на УСГ. Компьютерная томография несущая большую лучевую нагрузку применяется в последнюю очередь.

Вывод. Приоритетным для выявления повреждений РМП является УСГ, нестабильности ПС – МРТ, импинджмент синдрома плечевого сустава – комплексное лучевое исследование.

ЗНАЧЕННЯ ЕХОГРАФІЇ В ОЦІНЦІ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОМЕНЕВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ ТА ВИЗНАЧЕННІ ПОДАЛЬШОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ

Лозович В.А.¹, Зорич Д.Б.², Капітанчук Ю.А.³, Шевчук В.І.⁴,
Іванов І.Ю.⁴

¹ Моголів-Подільська округа лікарня інтенсивного лікування,
м. Моголів-Подільський, Україна;

² Вінницький обласний клінічний високоспеціалізований ендокринологічний
центр, м. Вінниця, Україна;

³ Вінницький обласний клінічний госпіталь для інвалідів війни,
м. Вінниця, Україна;

⁴ Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер, м. Вінниця, Україна

Вступ. Променева терапія є основним методом лікування раку шийки матки, дуже часто, в комплексі з хіміотерапією, єдиним можливим в III-IV