



V Конгрес УАФУД

Тези доповідей

Київ-2016



МОВ Україна
Асоціація фониатричної медицини
Українська асоціація фониатричної медицини
Українська асоціація фониатричної медицини
Українська асоціація фониатричної медицини
Українська асоціація фониатричної медицини
Українська асоціація фониатричної медицини

V КОНГРЕС УКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ ФАХІВЦІВ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ

Тези доповідей

18-20 травня 2016 року
м. Київ, Україна

Выводы. Повышение массы тела у больных ГБ имеет важное патогенетическое значение в развитии и прогрессировании структурно-функционального ремоделирования сердца и магистральных сосудов.

УЛЬТРАСОНОГРАФИЧЕСКАЯ ЭКСПРЕСС ДИАГНОСТИКА ЗАДНЕГО ВЫВИХА ПЛЕЧА

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

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,
Днепропетровск

Введение. Задние вывихи, составляющие около 2% от всех вывихов плеча, вызывают большие трудности в диагностике. Это связано с нетипичным механизмом травмы, малозаметной деформацией плечевого сустава у лиц мышечного типа или с выраженной подожжено жировой клетчаткой, отсутствием типичного положения конечности с «пружинистой фиксацией» и дислокационным укорочением, низкой информативностью рентгенограмм плечевого сустава (ПС) в прямой проекции.

Цель. Изучить возможности ультразвукографии в диагностике заднего вывиха плеча.

Материалы и методы. Исследовано 9 пациентов с задним вывихом плеча. Больные были мужчинами в возрасте 38-76 л. Всем пациентам проводилась рентгенография в двух проекциях и ультразвукография (УСГ), спиральная компьютерная томография выполнена – 6, магнитно-резонансная томография – 7 больным. УСГ проводилась на аппарате Voluson 730 Pto линейным датчиком с частотой 6-12 МГц, по стандартной методике. Всем пациентам проведено хирургическое лечение – диагнозы подтвердились.

Результаты. Все обратившиеся больные имели в анамнезе травму плечевого сустава давностью от 7 дней до 4 месяцев. При комплексном клинико-лучевом исследовании у 7 пациентов выявлен задний вывих плеча, сочетающийся с вдавненным переломом передней поверхности головки плечевой кости и ее вклиниением в задний край суставной впадины лопатки. У 2 пациентов выявлен задний вывих плеча без нарушения целостности головки плечевой кости, но сочетающийся с переломом заднего края суставной впадины лопатки. Всем пациентам произведено открытое вправление вывиха и ушивание задней суставной губы с помощью анкерных фиксаторов.

На сравнительных статистических ультразвукограммах плечевых суставов, при сканировании из переднего доступа с поперечным положением датчика,

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 составляла 7-13 мм, в среднем $9,3 \pm 2,29$ мм. На функциональных ультразвукограммах 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 ультразвукограммах 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 ультразвукограммах, 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 ПОВРЕЖДЕННЫХ 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, минимальный синдром (ИС) плечевого сустава.

Материалы и методы. Исследовано 312 больных с поврежденными 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 исследований определяли на основе сопоставления данных лучевых исследований 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 поврежденных 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 незначительно 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, структура субакромиального пространства (субакромиально-субдельтовидная сумка,

РМП), ключично-акромиальная связка, а также изменяется кровоток и выявляются двигательные нарушения в ПС, а с другой – лучевые методы обнаружат различными возможностями в выявлении патологии вышеперечисленных 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 недоступно для ультразвукового исследования, но хорошо визуализируется с помощью МРТ; мелкие кальцинаты, измененная структура 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, минимальный синдром плечевого сустава – комплексное лучевое исследование.

ЗНАЧЕННЯ ЕХОГРАФІ 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 Моголіве-Подільська округа лікарня іменського лікування,
м. Моголіве-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 хімотерапією, єдиним можливим в III-IV