

## СТАТИСТИЧНІ ВІДОМОСТІ ПРО ТРАВМИ НАДП'ЯТКОВО-ГОМІЛКОВОГО СУГЛОБА У ДІТЕЙ

Шармазанова О.П.<sup>1</sup>, Агій В.І.<sup>2</sup>, Шимон В.М.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти

<sup>2</sup>Державний вищий навчальний заклад

«Ужгородський національний університет»

Переломи кісток надп'яtkово-гомiлкового суглоба (НГС) є одними з найчастіших у дітей, частота їх коливається від 6 до 25% серед усіх травм опорно-рухового апарату. Серед травм гомілки її дистальний відділ уражається в 30-45%. На сьогодні відмічається стійка тенденція до зростання числа пошкоджень НГС у дітей в середньому на 0,3-0,5% у рік.

**Мета роботи.** Вивчення частоти та видів травматичних ушкоджень надп'яtkово-гомiлкового суглоба у дітей залежно від статі та віку за клініко-рентгенологічними даними.

**Матеріал і методи.** Був проведений ретроспективний аналіз журналів амбулаторного прийому, історій хвороб і рентгенограм НГС 607 дітей (338 хлопчиків і 269 дівчаток) віком від 1 до 17 років, які надходили у дитяче травматологічне відділення після гострої травми з клінічними ознаками ушкодження надп'яtkово-гомiлкового суглоба протягом одного року. Всім дітям було виконано рентгенограми НГС у прямій і бічній проекції згідно з затвердженими протоколами дослідження. Контрольні спостереження проводили у дітей із наявністю переломів або стійкого больового синдрому за призначенням ортопедів-травматологів.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Від загальної числа дітей, які звернулися з гострими травмами опорно-рухової системи за рік, ушкодження НГС склали 6,8%. Переломи кісток встановлено у 256 (42,2%) дітей, всього було виявлено і проаналізовано 274 переломи, ушкодження зв'язок склали 50,2%; забої – 7,6%.

Питома вага переломів у дівчаток до 6 років складала 28,2%, від 7 до 10 років – 17,3%, 11-14 років – 38,4%, 15-18 років – 15,4%. У хлопчиків – 13,9; 27,0; 39,5%; 19,8% відповідно. Тобто у дівчаток віком до 6 років переломи відмічені в 2 рази частіше, ніж у хлопчиків ( $p < 0,01$ ); у віці 7-10 років – навпаки, переломи у хлопчиків траплялись в 1,6 рази частіше ( $p < 0,01$ ). Таким чином, у дівчаток ризик виникнення переломів до 7 років вищий, ніж у хлопчиків, після 7 років – навпаки. Пояснення такої ситуації потребує подальших досліджень. Найбільш часто з травмами НГС звертались діти 13-14 років – 23,9% (із них у 13 років переломи й ушкодження зв'язок склали по 50,0%, у 14 років ушкодження зв'язок в 1,7 рази переважали над переломами;  $p < 0,01$ ). За отриманими даними, максимальний пік переломів кісток НГС у хлопчиків і дівчаток припадає на 13 років (15,8; 15,4% відповідно).

Перше місце за частотою травм НГС посідає вуличний травматизм (61,0% у хлопчиків і 65,1% — у дівчаток), потім — побутовий 9,2 і 17,8% відповідно), шкільний (6,8% — хлопчики, 5,2% — дівчатка) і спортивний (21,6% — хлопчики, 11,5% — дівчатка). Найбільш травмобезпечними місяцями для травм НГС у дітей є вересень (13,8%) і жовтень (12,0%), на відміну від зимових і літніх місяців.

Таким чином, травматичні ушкодження у дітей мають свої особливості стосовно віку (пік ушкоджень припадає на 13 років), механізму травми (частіше діти отримують такі ушкодження на вулицях) та часу їх отримання (у вересні та жовтні відбувається найбільший відсоток травм надп'яtkово-гомiлкового суглоба).

## ТРАВМАТИЧЕСКАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ЛУЧЕЗАП'ЯСТНОГО СУСТАВА

Шармазанова О.П.

Харьковская медицинская академия

последипломного образования

Стабільність лучезапястного суглоба (ЛЗС) обусловлена формою костей запястья и связочным аппаратом, обеспечивающим также необходимые функции подвижности костей, формирующих сустав. Переломы дистального отдела костей предплечья являются самыми частыми среди травматических костных повреждений, составляя 20-25% всех переломов у взрослых, а среди переломов предплечья на их долю приходится почти 90%. Частота повреждений мягких тканей лучезапястного сустава и кисти также значительно высока и составляет для хрящей до 20%, сухожилий — около 30% и связочного аппарата — до 90% (А.В. Брюханов; А.Ю. Васильев, 2001). Повреждение даже одной связки или перелом кости со смещением часто приводит к нарушению сложного баланса внутри запястья, изменению распределения нагрузок, а в дальнейшем — к развитию нестабильности и дегенеративных изменений. Учитывая частоту повреждений ЛЗС и низкую частоту диагностирования разрывов связок, становится необходимым детальное освещение возможностей их расширенного и детального лучевого обследования.

**Цель сообщения.** Улучшение лучевой диагностики нестабильности лучезапястного сустава.

**Материал и методы.** Для диагностики острых костных травматических повреждений ЛЗС используется рентгенография в прямой и боковой проекциях, косые ладонные и тыльные, а также функциональные рентгенограммы, реже используется мультиспиральная компьютерная томография. Для диагностики повреждений связочного аппарата — ультразвуковое исследование и МРТ.

**Результаты исследования.** Стабильность запястья обеспечивается сложным анатомическим устройством его связочного аппарата. Различают три вида связок: капсульные, подкапсульные и межкостные. Наружные (капсульные) связки соединяют запястные кости с лучевой и локтевой костями. Капсульными связками являются лучевая и локтевая коллатеральные связки запястья. Межкостные связки являются внутренними связками, которые соединяют отдельные запястные кости. Проксимальный ряд костей запястья соединяется ладьевидно-полулунной и полулунно-трехгранной связками. Эти связки разделяют лучезапястный и межзапястный суставы и препятствуют их сообщению. Дистальный ряд костей запястья также соединен межкостными связками.

Известны два механизма, приводящие к нестабильности запястья: 1) динамическая нестабильность с разрывом или ослаблением внутренних или наружных связок запястья; 2) статическая нестабильность, возникающая при неправильной ориентации лучевой или локтевой кости.

Для диагностики нестабильности ЛЗС используют клинические пробы: тест Н.К. Watson et al. (1988) — на стабильность ладьевидно-полулунного сочленения; тест D.S. Reagan et al. (1984) — на стабильность полулунно-трехгранного сочленения; «пресс-тест» (Lester B. et al., 1995) — на состоятельность треугольного фиброзно-хрящевого комплекса; тест «клавиши пианино»

(Regan J.M., 1945) — на стабільність дистального луче-локтевого сугава, которіе бугають положителъними в 10-40% слугаев.

MPT исследование позволяет визуализировать полные и неполные разрывы связок и переломы костей в 80-93% слугаев; чувствительность УЗИ составляет 60-70%.

Для рентгенологической оценки поврежденной связочного аппарата ЛЗС предложено много показателей: угол наклона дистального метаэпифиза лучевой кости в сагиттальной (больше 5° к тылу) и фронтальной плоскостях (менее 10°), лучелоктевой индекс, ладьевидно-полулуночный угол (>60°), полулуночно-головчатый угол (>20°), полулуночно-лучевой угол, симптом «кольца» дистального полюса ладьевидной кости, непрерывность запястных арок, расширение и изменение формы ладьевидно-полулуночного промежутка (>3 мм), расширение и изменение формы полулуночно-треугольного промежутка (более 3 мм). Выявление стабильного или нестабильного повреждения ЛЗС необходимо для более точного определения прогноза для каждого повреждения и выбора метода его лечения.

Таким образом, диагностика поврежденной межзапястных связок при переломах дистального отдела лучевой кости является настолько же важной, как и выявление самих переломов. Несмотря на выявление на рентгенограммах только косвенных признаков поврежденной связочного аппарата, они достаточны для подтверждения наличия нестабильности лучезапястного сугава.

## МОЖЛИВОСТІ ЕХОКАРДІОГРАФІЇ В ОНКОЛОГІЇ

Шевчук Л.А., Солодянникова О.І., Головка Т.С.

*Національний інститут раку, м. Київ*

Використання ехокардіографії (ехоКГ) у сучасній практичній онкології не обмежується лише визначенням основних параметрів протоколу ехокардіографічного дослідження. Володіючи різними методиками ультразвукового дослідження інших органів і систем, з розширенням зон огляду під час проведення ехоКГ, можливо одночасно визначити особливості поширення пухлинного процесу основної патології.

**Мета роботи.** Визначення ступеня ураження та резервних можливостей серця у хворих на злоякісні пухлини різної локалізації.

**Матеріал і методи.** Проаналізовано результати ехокардіографії 74 пацієнтів з онкологічною патологією (злоякісні лімфоми; злоякісні новоутворення нирок, органів черевної порожнини, заочеревинного простору; злоякісні новоутворення жіночої репродуктивної системи (грудна залоза, органи малого таза)) віком від 18 до 76 років, що проходили лікування в клініці Національного інституту раку. Досліджені різні групи пацієнтів, у яких під час планової ехокардіографії з метою визначення резервних можливостей серця перед плануванням хіміо- та оперативного лікування були діагностовані різноманітні ускладнення основної патології, що були визначені завдяки розширенню зон огляду під час стандартного дослідження. Усім пацієнтам виконана трансторакальна ехоКГ за стандартною методикою. Оцінювались основні параметри ехокардіографічного протоколу, що були доповнені додатковими ультразвуковими методиками під час розширення зон огляду.

**Результати.** Так, у 10 (13,5%) пацієнтів із злоякісними лімфомами з локалізацією процесу в міжостінній виявлено залучення перикарду та магістральних судин у пухлинний конгломерат; у 12 (16,21%) пацієнтів із локалізацією процесу в лімфатичних вузлах шийі діагностовані тромби різного рівня локалізації (із них у 5 (41,66%) – тромбоз внутрішніх яремних вен, у 4 (33,3%) – тромбоз підключичних вен та вен верхньої кінцівки; у 3 (25%) – тромботичні нашарування від встановлення підключичних катетерів). У 15 (20,27%) пацієнтів під час огляду нижньої порожнистої вени (НПВ) визначено тромбози різного ступеня поширеності (із них у 10 (66,6%) пацієнтів – оклюзійний тромбоз НПВ, у 5 (33,3%) – тромбоз із поширенням у праве передсердя). У 11 (14,86%) пацієнтів пухлинні утворення порожнин серця (із них у 10 (90,9%) – міксоми різної локалізації; 1 (9,09%) – злоякісна пухлина міокарда лівого шлуночка). У 6 (8,1%) пацієнтів визначений інфекційний ендокардит (із них у 4 (66,6%) – з локалізацією на аортальному клапані; у 2 (33,33%) – на тристулковому клапані). У 18 (24,32%) хворих – різної локалізації ексудати (із них у 10 (55,55%) перикардити з сонографічними показаннями до пункції перикарду; у 6 (33,33%) – плеврити із значним та неоднорідним вмістом (емпієми); у 2 (11,11%) – асцит).

У 2 (2,07%) пацієнтів визначено мішотчасте аневризматичне розширення інфраренального відділу черевної аорти та ускладнену, з явищами розшарування стінки, аневризму інфраренального відділу черевної аорти.

**Висновки.** Ехокардіографія – метод, що дає можливість оцінити не тільки функціональний стан серця, а й змогу визначити поширеність злоякісного процесу, зв'язок з основним захворюванням. Можливо вперше діагностувати й в подальшому моніторувати процеси, що мають важливе життєве значення за відсутності альтернативних методів дослідження, особливо враховуючи неінвазивність, відсутність променевого навантаження методики.

## ОСОБЛИВОСТІ СИСТОЛІЧНОЇ, ДІАСТОЛІЧНОЇ ФУНКЦІЇ ЛІВОГО ШЛУНОЧКА СЕРЦЯ У ХВОРИХ ІЗ ЗЛОЯКІСНИМИ ЛІМФОМАМИ

Шевчук Л.А., Солодянникова О.І., Головка Т.С.

*Національний інститут раку, м. Київ*

Для оцінки ризику проведення хіміотерапії (ХТ), можливих побічних результатів (кардіотоксичності), віддалених результатів необхідний оптимальний метод діагностики, що дозволить оцінити ситуацію застосування даної схеми препаратів.

**Мета роботи:** вивчення систолічної, діастолічної дисфункцій серця при плануванні, під час проведення та по закінченню поліхіміотерапії (ПХТ) у пацієнтів із злоякісними лімфомами.

**Матеріал та методи.** Проаналізовані дані динамічного ехокардіографічного спостереження 100 пацієнтів із злоякісними лімфомами (ходжкінська (ЛХ) (47%) та неходжкінська лімфоми (53%) (НХЛ)), що проходили лікування в клініці Національного інституту раку та отримували кардіоагресивні схеми ПХТ (СНОР-21, СНОЕР, R-СНОР, DA-ЕРОСН-R, ВЕАСОРР, АВВД). Середній вік пацієнтів складав 46±2 роки.

За даними базової електрокардіограми (ЕКГ) та ехокардіографії (ехоКГ) всі обстежені були розділені на дві групи: 1-а — пацієнти з кардіальною патологією