

(Regan J.M., 1945) — на стабільність дистального луче-локтевого сугава, которые бивають положительними 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 поврежденных 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-полулунный угол (>60°), полулунно-головчатый угол (>20°), полулунно-лучевой угол, симптом «кольца» дистального полюса ладьевидной кости, непрерывность запястных арок, расширение и изменение формы ладьевидно-полулунного промежутка (>3 мм), расширение и изменение формы полулунно-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 поврежденных 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 поврежденных 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 ФУНКЦІЙ 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