

В-, компресійної і зсувнохвильової еластографії на апаратах фірм: Bioss, Esaote, Hitachi, Mindray, Philips, Radmir, Samsung, Siemens, SonoSite, Toshiba, Ultrasonic.

Результати досліджень та їх обговорення.

Отримані дані дозволяють стверджувати, що сучасний стан УЗ-приладобудування ще далекий від стандартизації у представленні еластозображень. Це вимагає від фахівців УЗД ретельного вивчення особливостей еластоузуалізації на кожній моделі апарата та уникнення еластоартефактів, що специфічні для кожного різновиду еластографії (компресійної і зсувнохвильової). При проведенні еластометрії важливо проводити метрологію будь-якого приладу на стандартизованих метрологічних фантомах.

Висновки. Ультразвукова діагностика вже на цей час посідає одну з найважливіших позицій у клінічній практиці, і з прогресом технологій вона буде тільки зростати.

Сучасна мультіпараметрична УЗД потребує відповіді на чисельні питання клінічної валідації і доцільності застосування. Новітні УЗ-технології потребують тренінгу фахівців на фантомах і метрологічного забезпечення еласто- і стеатометрії.

МОЖЛИВОСТІ ВИСОКОПОЛЬНОГО МРТ У ДІАГНОСТИЦІ ТА СТАДІЮВАННІ РАКУ ШИЙКИ МАТКИ

Дубініна В.Г., Лук'янчук О.В., Демидова О.О.

*Одеський національний медичний університет
Центр відновлювальної та реконструктивної
медицини ОНМедУ, м. Одеса*

Мета. З метою уточнення діагностичної цінності МРТ в оцінці місцевої поширеності раку шийки матки (РШМ), визначення її ролі і місця в діагностичному алгоритмі при плануванні виду та обсягу лікування нами було виконано проспективне дослідження, засноване на зіставленні результатів передопераційної МРТ з даними післяопераційного морфологічного дослідження.

Матеріали та методи. У дослідження були включені 253 хворі на РШМ, що проходили обстеження і лікування у відділенні онкогінекології. Середній вік пацієнток склав $35 \pm 5,6$ року, при розкиді від 21 до 67 років. Серед хворих на РШМ, за результатами післяопераційного морфологічного дослідження, плоскоклітинний рак був представлений у 193 (76,3%) випадках, аденокарцинома зустрічалася у 42 (16,6%) хворих, аденоплоскоклітинний рак — у 14 (5,5%). У двох спостереженнях був встановлений нейроендокринний рак, в одному — мукоепідермальний рак, в одному — саркома, що сумарно відповідало 1,6% від загального числа досліджуваних випадків.

Хворі на РШМ були розділені на дві групи відповідно до методу лікування і послідовності проведення хірургічного етапу. У I групу об'єднали 170 випадків: 114 хворих, яким було виконано хірургічне лікування, та 56 пацієнток, у яких операція була першим етапом комбінованого або комплексного лікування. Для стадіювання РШМ нами була використана класифікація Міжнародної федерації акушерів і гінекологів (FIGO, 2002 р.) та система TNM 6-го перегляду. Відповідно до класифікації TNM, для оцінки критерію T, тобто місцевої поширеності раку матки, основоположними складовими є локалізація і розміри пухлини, глибина інвазії, вихід у параметральну клітковину та розповсюдження на сусідні органи і структури.

Результати та обговорення. На T1 ВІ новоутворення шийки матки, як правило, мають той же рівень сигналу, що й навколишня цервікальна тканина. Постконтрастні T1 ВІ в діагностиці раку шийки матки не мають істотних переваг порівняно з T2 ВІ. Оцінним критерієм між нормою і патологічними станами шийки матки може бути товщина шару, що відображає епітеліальну вистилку екто- і ендocerвікса, в нормі він не перевищує 3,0 мм. Незважаючи на це, потовщення епітеліального покриву шийки матки може відповідати як запальним, так і неопластичним процесам. Критерієм диференційної діагностики найчастіше служить обмеженість виявлених змін. Для запальних змін характерно дифузне потовщення слизової на всьому протязі. За наявності інвазивного росту пухлини виявляється порушення зональної анатомії в проекції патологічних змін, тобто відсутність чіткої межі між епітеліальною вистилкою і фіброзною стромою. Однак при стромальній інвазії, що не перевищує 5 мм, МР-картина шийки матки може не мати будь-яких особливостей порівняно з МР-зображеннями здорових жінок.

Оцінка місцевої поширеності РШМ включає визначення локалізації пухлини і глибини інвазії в строму, стан сусідніх органів і структур. За даними МРТ, ураження піхви характеризується зміною інтенсивності МР-сигналу на T2 ВІ і деформацією стінок (у т.ч. збільшенням їх обсягу, появою горбистості і нечіткості контурів).

За наявності екзофітної пухлини шийки матки великих розмірів МРТ може демонструвати помилкове визначення більш високої стадії внаслідок розширення склепіння піхви і відсутності чіткості кордонів з пухлиною за рахунок їх інтимного прилягання і наявності реактивних запальних реакцій. При використанні розробленої методики внутрішньопорожнинного контрастування в разі відсутності прямого проростання пухлини в стінку піхви між ними на МР-зображеннях з'являється контрастна за своїм сигналом зона, відповідна шару введенного розчину, що і є критерієм виключення пухлинної інвазії.

Висновки. Істотне значення для візуалізації РШМ мають форма росту пухлини, її розміри і глибина стромальної інвазії. Оптимальними для візуалізації новоутворень шийки матки є T2 ВІ. Виявлення пухлин шийки матки, розміри яких перевищують 1,0 см, не становить особливих труднощів. На T2-зважених МР-зображеннях при РШМ у більшості випадків пухлинні маси мають неоднорідний сигнал середньої або підвищеної інтенсивності, що дозволяє їх диференціювати від низькоінтенсивної незміненої строми. При новоутвореннях більшого розміру структура пухлини стає неоднорідною, що обумовлено появою ділянок некрозу.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ARS-СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ, ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ

Дудник Т.А., Абдуллаев Р.Я.

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Харьковская медицинская академия

последипломного образования, г. Харьков

Вступление. ARS-синдром (Adductor-Rectus-Symphysis) — это патологическое состояние сухожильно-мышечного комплекса *m. adductor longus et (or) brevis, m. gracilis*, дистальной части *m. rectus abdominis*, а также передней части *m. adductor magnus* в местах

их прикрепления к лонной кости, которое возникает вследствие перегрузки опорно-двигательного аппарата. Данные причины приводят к энтезопатии, тендинитам и тендинозам вышеуказанной локализации, которые при отсутствии коррекции тренировочного процесса приобретают хронический персистирующий характер и проявляются болью в паховой области, приводящей к частичной или полной утрате работоспособности спортсмена.

Цель исследования. Улучшить диагностику ARS-синдрома с помощью ультразвукового исследования.

Материалы и методы. Ультразвуковое исследование проведено 28 пациентам, профессионально занимающимся бально-спортивными танцами и футболом (5 женщин и 23 мужчин), в возрасте от 17 до 29 лет, с жалобами на боли в паховой области с иррадиацией по внутренней поверхности бедра вниз, боли внизу живота по ходу прямых мышц, которые возникают во время физических нагрузок.

Ультразвуковое исследование проводилось на сканерах ULTIMA PA EXPERT, ULTIMA SM (РАДМИР) и Simens Acuson X 300 (Simens) линейными датчиками с частотой 5-12 МГц с применением функциональной ультрасонографии и энергетического доплеровского картирования. При УЗИ в режиме серой шкалы проводилась оценка сухожилий и зон инсерции приводящих мышц бедра, дистальной части прямой мышцы живота (толщина, структура и экзогенность), кортикального слоя в области прикрепления сухожилий, наличие краевых остеофитов, состояние близкорасположенных суставных сумок. Затем эти данные сравнивались с данными контрлатеральной асимптоматичной части таза (у пациентов с односторонним процессом). При УЗ-ангиографии в режиме энергетического доплеровского картирования оценивали степень васкуляризации по ходу сухожилий и в проекции их прикрепления.

Результаты. В результате комплексного ультразвукового исследования было диагностировано: комбинированное поражение сухожилий в зонах инсерции – у 13 (46,4%) пациентов, поражение энтеза сухожилия *m. adductor longus* – у 5 (17,8%) пациентов, поражение энтеза сухожилия *m. adductor brevis* – у 3 (10,7%) пациентов, сухожилия дистальной части *m. rectus abdominis* – у 4 (14,3%) пациентов, сухожилия передней части *m. adductor magnus* – у 2 (7,2%) пациентов, *m. gracilis* – у 1 (3,6%) пациента. Экзогенность сухожилий в зонах инсерции была снижена у всех пациентов – 28 (100%). Структура сухожилий была однородной: мелкие кальцинаты в толще сухожилия – у 8 пациентов (28,6%), диффузно неоднородная – у 20 пациентов (71,4%). При УЗ-оценке состояния кортикального слоя в 78% случаев отмечалась неровность различной степени в проекции прикрепления сухожилий.

При УЗ-ангиографии в режиме энергетического доплеровского картирования по ходу сухожилий и в местах прикрепления отмечалась гипертаскуляризация у 12 (42,8%) пациентов.

При рентгенографии изменения выявлялись у 4 (14,3%) пациентов с остеофитами в области инсерции.

При магнитно-резонансной томографии определялось повышение МР-сигнала в волокнах сухожилий в местах их прикрепления к лонной кости у 27 (96,4%) пациентов.

Выводы. УЗИ позволяет неинвазивно оценивать состояние сухожильно-мышечного комплекса до и на фоне консервативного лечения ARS-синдрома, что

служит дополнительной и важной информацией для клиницистов и дает возможность выбора тактики лечения. По чувствительности не только не уступает, а и имеет некоторое преимущество перед магнитно-резонансной томографией.

РОЛЬ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ BANKART КАК ФАКТОРА НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Дудник Т.А.¹, Абдуллаев Р.Я.², Васько Л.Н.¹

¹ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

²Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Вступление. Нестабильность плечевого сустава представляет собой выскальзывание головки плечевой кости из суставной впадины лопатки и проявляется различными видами смещений, подвывихов и вывихов в суставе. В 95% случаев наблюдается передняя нестабильность плечевого сустава, причиной которой является повреждение Банкарта.

Неточная, запоздалая диагностика различных форм нестабильности плечевого сустава приводит к длительному и дорогостоящему лечению, при этом его исходы и качество жизни пациентов существенно хуже, чем при оптимальном лечении в остром периоде травмы.

Цель исследования. Изучение диагностической эффективности ультразвукового исследования среди пациентов с нестабильностью плечевого сустава.

Материалы и методы. Ультразвуковое исследование проведено 34 пациентам с нестабильностью плечевого сустава (8 женщин и 26 мужчин) в возрасте от 23 до 75 лет с жалобами на повторные вывихи, боль и наличие избыточной подвижности в суставе. При этом большинство пациентов – 32 (94%) отмечали наличие травмы в анамнезе, остальные ссылались на неловкое движение в суставе. Всем больным выполнены рентгенография и магнитно-резонансная томография плечевого сустава.

Ультразвуковое исследование проводилось на сканерах ULTIMA PA EXPERT, ULTIMA SM (РАДМИР) и Simens Acuson X 300 (Simens) линейными датчиками с частотой 5-12 МГц с применением функциональной ультрасонографии и энергетического доплеровского картирования. Оценивались следующие признаки: целостность, форма и структура суставных губ, целостность и степень васкуляризации сухожилий ротаторной манжеты плеча (РМП), сухожилия длинной головки бицепса (СДГБ), состояние сумок плечевого сустава.

Результаты. В результате комплексного ультразвукового исследования было диагностировано повреждение передненижнего отдела фиброзной губы (ФГ), ассоциированное с повреждением сухожилия надостной мышцы ротаторной манжеты плеча, у 8 (23,5%) пациентов, повреждение передне-нижнего отдела ФГ в сочетании с комбинированным повреждением сухожилий РМП + тендинит сухожилия длинной головки бицепса – у 6 (17,6%) пациентов, повреждение передненижнего отдела ФГ + нарушение целостности СДГБ до входа в межбугорковую борозду – у 4 (11,8%) пациентов, повреждение передне-нижнего отдела ФГ + нарушение целостности СДГБ в межбугорковой борозде – у 3 (9%)