

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%)

пациентов, повреждение передненижнего отдела ФГ + вывих СДГБ из межбугорковой борозды в сочетании с повреждением верхних отделов подлопаточной мышцы – у 7 (20,5%) пациентов, либо имел место изолированный разрыв ФГ – у 6 (17,6%) пациентов.

У обследуемых данные состояния сопровождались субдельтовидно-субакромиальным бурситом у 30 (88,2%) пациентов.

При рентгенографии плечевого сустава у 4 (11,8%) пациентов был выявлен перелом большого бугорка плечевой кости.

При магнитно-резонансной томографии разрыв ФГ проявлялся как линейный участок повышения МР-сигнала вдоль суставной капсулы со смещением либо без фрагмента в полость сустава.

Выводы. Ультразвуковое исследование – неинвазивный, доступный и эффективный метод при диагностике нестабильности плечевого сустава вследствие повреждения Bankart, чувствительность которого в оценке выраженности процесса не уступает МРТ. Метод позволяет визуализировать разрывы суставной губы, наличие жидкости в суставе, а также выявлять сопутствующие повреждения сухожилий мышц ротаторной манжеты. Их своевременная диагностика позволяет определить дальнейшую тактику лечения (консервативное либо оперативное), планировать объем оперативного вмешательства (артроскопия либо открытый доступ), улучшить исход лечения.

ОСОБЕННОСТИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Ибрагимова К.Н., Абдуллаев Р.Я., Калашников В.И.,
Сысун Л.А., Абдуллаев Р.Р.
Харьковская медицинская академия
последипломного образования

Цель. Изучить ультразвуковые признаки дегенеративных изменений в межпозвонковых дисках (МПД) шейного отдела позвоночника (ШОП) у детей старшего возраста.

Материалы и методы. Обследовано 126 детей с неврологическим статусом шейного остеохондроза в возрасте 13-18 лет. Ультразвуковое исследование (УЗИ) проведено высокочастотным микроконвексным датчиком, позволяющим визуализировать все структуры позвоночно-двигательного сегмента (ПДС). Сравнительную группу (СГ) составили 49 детей без жалоб и клинических признаков шейного остеохондроза, с отсутствием в анамнезе травмы ШОП. Из них 23 (46,9%) ребенка были в возрасте 13-15 лет, 26 (53,1%) в 16-18 лет. Характер изменений в МД определялся от уровня С₂-С₃ до С₇ – Th₁.

При оценке характера изменений в межпозвонковых дисках (МПД) учитывалась морфологическая классификация А.И. Осна (1984).

Изменения в МПД характеризовались по принципу:

- в пределах пульпозного ядра (ПЯ) (I тип);
- в ПЯ и фиброзном кольце (ФК) без нарушения целостности последнего (II тип);
- с нарушением целостности ФК и вовлечением в патологический процесс элементов позвоночного канала (III тип).

Результаты обследования. Среди обследованных СГ 13 детей были в возрасте 13-15 лет, 15 детей – 16-18 лет. У всех детей СГ форма МПД была ближе к овально-округлой с соотношением сагиттального и фронтального размеров в пределах 0,85-0,92. Четко визуализировались ФК, граница ПЯ и ФК, оболочки спинного мозга, переднее и заднее дуральное пространство, определялась симметричность корешковых каналов. У всех 23 детей до 15 лет и у 21 (80,8%) ребенка в возрасте 16-18 лет ПЯ было гипоанэхогенной, однородной структуры, центральной локализации внутри от ФК. Во всех случаях граница ПЯ и ФК, а также контуры переднего дурального пространства были ровными.

В 59 (46,8%) случаях дегенеративные изменения в МПД находились в верхней части ШОП (от С₂-С₃ до С₄-С₅, а в 67 (53,2%) случаев в нижней части ШОП (от С₅-С₆ до С₇-Th₁). Среди детей в возрасте 13-15 лет в 34 (27%) случая изменения в МПД регистрировались в верхней части ШОП, в 25 (19,8%) – в нижней части ШОП, а в возрасте 16-18 лет – в 21 (16,7%) и 46 (36,5%) случаях соответственно.

Изменения I типа были отмечены у 62 (49,2%), II типа – у 51 (40,5%), III типа – у 13 (10,3%) детей соответственно. Первый тип изменений в верхних МПД был отмечен в 35 (27,8%), II тип – в 20 (15,9%), III тип – в 4 (3,2%) случаях. В нижних отделах ШОП изменения в МПД I типа отмечались в 27 (21,4%), II типа – в 31 (24,6%), III типа – в 9 (7,1%) случаях соответственно.

При УЗИ первый тип изменений характеризовался неоднородностью и смещением ПЯ к ФК. При втором типе отмечались смещение ПЯ к ФК, неоднородность его структуры, повышение эхогенности, истончение ФК, выпячивание его в сторону позвоночного канала до 3 мм с уменьшением сагиттального размера переднего эпидурального пространства.

Учитывая, что среди детей без признаков шейного остеохондроза отсутствие каких-либо изменений ПЯ – однородность, центральная локализация и четкое разграничение с ФК встречалось с высокой достоверностью ($p < 0,001$) чаще, 5 детей из 26 относились к I типу изменений без клинических проявлений остеохондроза.

Выводы. В нижних шейных межпозвонковых дисках изменения II (на границе пульпозного ядра и фиброзного кольца) и III типа (на границе фиброзного кольца и позвоночного канала) наблюдаются достоверно чаще, чем в верхних дисках. Высокочастотный ультразвук позволяет диагностировать шейный остеохондроз на ранних стадиях развития среди детей при отсутствии клинических его проявлений.

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРВИННО НЕОПЕРАБЕЛЬНИЙ РАК ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ

Іванкова О.М., Іванкова В.С.,
Смоланка І.І., Столярова О.Ю.

Національний інститут раку, м. Київ

Вступ. Рівень захворюваності на рак грудної залози (РГЗ) невинно зростає. Тенденція до росту захворюваності та смертності від даної патології, незважаючи на використання мамографічного скринінгу та сучасних методів лікування, потребує нових підходів до рішення цієї важливої проблеми. Щороку у понад 20% хворих на