

ці для визначення характеру ортопедичних порушень (вкорочення/деформація/комбінація за-значених порушень), термінів діагностики ПЗНЗ та методів, що для цього використані.

**Результати.** За анатомічною локалізацією: у 5,6% відзначено ПЗНЗ дистальної наросткової зони великогомілкової кістки, у 77,7% пацієнтів виявлено ПЗНЗ кісток колінного суглобу (стегнової та великогомілкової) та ще у 16,7% відзначено ураження проксимальної наросткової зони плечової кістки.

У досліджуваній категорії пацієнтів відмічались: вкорочення довгих кісток — у 22,2%, фронтальні епіметафізарні деформації великих суглобів (колінного, надп'яtkового) — у 55,6%, комбінація зазначених патологічних змін визначена у 22,2%. Середня кількість хірургічних втручань у розрахунку на 1 хво-рого становила 2,94. Діагностика та оцінка ортопедичної патології в динаміці у всіх пацієнтів проводилась із використанням рентгенографії в 2 проекціях та додатково у 7 (38,8%) пацієнтів із використанням комп'ютерної томографії. В досліджуваній групі тільки у 4 (22,2%) пацієнтів проводилось МРТ-дослідження (у SPGR-последовності) для визначення протяжності ПЗНЗ та подальшого планування хірургічного втручання. Під час аналізу історій хвороб відзначено відсутність діагнозу ПЗНЗ у 14 (77,8%) пацієнтів, що свідчить про відсутність діагностики зазначеної патології. Хірургічні втручання були у більшій частині випадків спрямовані на корекцію деформації чи довжини ураженої кістки, для чого виконувалась коригуюча остеотомія із наступною фіксацією в апараті зовнішньої фіксації.

**Висновки.** Незважаючи на рідкість формування ПЗНЗ у дітей зазначена патологія є складною та супроводжується вираженими порушеннями розвитку довгих кісток. Результати проведеного аналізу свідчать про низький рівень діагностики зазначеної патології у досліджуваній групі пацієнтів, що, найімовірніше є свідченням недостатньої обізнаності щодо цієї патології серед лікарів — ортопедів-травматологів та рентгенологів. Рання діагностика та диференційний підхід до вибору методу хірургічного втручання має стати основою успішного лікування таких пацієнтів.

#### ІНДИВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНІ ФОРМИ ТОВСТОЇ КИШКИ ПРИ ТРАНСАБДОМІНАЛЬНІЙ ГІДРОКОЛОНОСОНОГРАФІЇ

Жайворонок М.М.<sup>1</sup>, Динник О.Б.<sup>2</sup>,  
Федусенко О.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Медичне науково-практичне об'єднання  
«МедБуд», м. Київ, Україна

<sup>2</sup>ДУ «Інститут фізіології ім. О.О. Богомольця  
НАН України», м. Київ, Україна

<sup>3</sup>Кафедра променевої діагностики,  
НМАПО ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

**Вступ.** Захворюваннями товстої кишки страждають від 14 до 70% пацієнтів працездатного віку. Частіше хворіють жінки, аніж чоловіки, у співвідношенні 2.3:1. Хвороби можуть розпочинатися в дитячому віці, але дебют хвороби відбувається в третє чи четверте десятиріччя життя. У сучасній науковій літературі робіт, які вивчають ультразвукові особливості

будови товстої кишки з урахуванням конституціональних особливостей, замало.

**Мета.** Вивчити за допомогою трансабдомінальної ультразвукової гідрокколоносонографії (ТУЗГ) індивідуально-типологічні форми ободової кишки.

**Матеріали та методи.** Нами обстежено 142 пацієнти віком від 13 до 72 років. Ультразвукові дослідження (УЗД) проводилися на апаратах Esaote Seven, Philips HD 11 та Radmir Ultima PA з мультисекторними конвексними 3,5-5 МГц та лінійними датчиками 7-12 МГц. Застосовували технології покращення В-зображення. Обстеження товстої кишки проводили після очищення напередодні. Використовували класичну методику трансабдомінального обстеження товстої кишки з наповненням її діагностичним розчином 500-700 мл дегазованої води.

**Результати та їх обговорення.** Суб'єктивно введення розчину в товсту кишку пацієнтами переносилося задовільно. При УЗД було виділено три основні форми ободової кишки: П-подібна, М-подібна та Z-подібна. Товста кишка при виявлених формах також може утворювати додаткові петлі із будь-яких відділів ободової кишки. Петлеподібні форми частіше спостерігалися у жінок, ніж у чоловіків. При П-подібній формі товстої кишки ліва та права частини ободової кишки знаходяться у відповідних бокових ділянках черевної порожнини паралельно серединній лінії, а попереково-ободова кишка розташована в епігастральній ділянці в поперечному, або косому положенні. М-подібна форма — попереково-ободова кишка опущена в мезогастральну або гіпогастральну ділянку. При Z-подібній формі товстої кишки сигмоподібний та низхідний відділ ободової кишки утворюють вигин у вигляді латинської букви Z, селезінковий кут зазвичай гострий, а попереково-ободова кишка розташована в епігастрії в поперечному положенні. Під час обстеження пацієнтів у 59,1% випадків була виявлена П-подібна форма товстої кишки, М-подібну форму товстої кишки спостерігали в 33,6% випадків, а Z-подібна форма була виявлена у 6,3% випадків.

**Висновок.** Сьогодні основними методами діагностики індивідуальних форм товстої кишки є рентгенологічний та, меншою мірою, ендоскопічний. ТУЗГ може застосовуватися не менш ефективно, особливо враховуючи відсутність променевого навантаження, ендоскопічної травми та позитивного ставлення пацієнтів до УЗД. Знання форм товстої кишки може допомогти вирішити ряд питань, що пов'язані із синдромом подразненої товстої кишки та хронічними захворюваннями.

#### ПРОМЕНЕВА ДІАГНОСТИКА РАКУ ГРУДНОЇ ЗАЛОЗИ У ЖІНОК З РІЗНОЮ МАМОГРАФІЧНОЮ ЩІЛЬНІСТЮ

Заможська Е.В.<sup>1</sup>, Шаповалова В.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра радіології та радіаційної  
медицини ХНМУ, м. Харків, Україна

<sup>2</sup>Кафедра променевої діагностики ХМАПО,  
м. Харків, Україна

**Вступ.** Одним із важливих чинників у зниженні смертності від раку грудної залози (РГЗ) залишається його раннє виявлення. Діагностика раннього РГЗ неможлива без використання променевих методів діагностики. Кожен із променевих методів має як певні переваги, так і низку обмежень, пов'язаних із