

Що стосується кавернозної тканини в КГ, то тут навпаки, при ерекції жорсткість кавернозних тканин знижується за рахунок кровонаповнення. Модуль Юнга у стані спокою $M=19,7\pm 2,2$ кПа проти $M=11,4\pm 1,1$ кПа при ерекції праворуч; аналогічно ліворуч: в стані спокою $M=18,1\pm 1,5$ кПа та при ерекції $M=11,0\pm 0,8$ кПа ($p<0,001$). Відмічено в КГ градієнт зростання жорсткості в кавернозних тілах при ерекції в напрямку від глибоких артерій до підоболонкових шарів.

Показано динамічну роль механічних властивостей БО та кавернозних тканин у забезпеченні повноцінної ерекції та перспективність ЗХЕГ як методу об'єктивної діагностики порушень БО, пов'язаних із колагенопатіями. У процесі нормальної ерекції кавернозна тканина набирається кров'ю, збільшує свій об'єм під дією артеріального тиску і БО напружується. Ця взаємодія і є механічною суттю ерекції.

Висновок. Запровадження еластографії та еластометрії статевого члена з метою діагностики механічного забезпечення ерекції буде сприяти розробці високоефективних методів консервативного лікування ЕД.

УЛЬТРАЗВУКОВОЙ МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ РОТАТОРНОЙ МАНЖЕТЫ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШОГО БУГОРКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

*Дудник Т.А., Абдуллаев Р.Я.
ВГУЗУ «Украинская медицинская
стоматологическая академия», г. Полтава
Харьковская медицинская академия
последипломного образования, г. Харьков*

Вступление. Клиническое распознавание переломов большого бугорка плечевой кости представляет немалые трудности. Эти переломы имеют большое практическое значение, так как могут быть источником значительных функциональных нарушений и одной из причин развития стойких контрактур плечевого сустава и инвалидизации. В травматологической практике этим повреждениям уделяют недостаточно внимания, часто ограничиваясь проведением лишь рентгенологического исследования.

Цель исследования. Улучшить диагностику поврежденной ротаторной манжеты плечевого сустава у больных с различными типами переломов большого бугорка плечевой кости с помощью ультразвукового исследования.

Материалы и методы. Ультразвуковое исследование (УЗИ) проведено 45 пациентам (18 женщин и 27 мужчин) с различными типами переломов большого бугорка плечевой кости. Возраст обследуемых — 18-60 лет. Для сравнения УЗИ проводилось 10 пациентам без предъявления каких-либо жалоб на патологию плечевого сустава или же учитывались результаты диагностики интактного плечевого сустава у обследуемых пациентов. 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: ровность контура и состояние кортикального слоя головки плечевой кости, толщина сухожилий ротаторной манжеты плеча (РМП) и сухожилия длинной головки бицепса, их структура, васкуляризация, целостность, состояние сумок плечевого сустава.

Полными считались разрывы: при отсутствии визуализации сухожилий в типичном месте, прерывности контуров, визуализации концов разорванного сухожилия, наличии локальных костных фрагментов в области большого бугорка плечевой кости, прилегании дельтовидной мышцы к головке плечевой кости, наличии соустья с субдельтовидно-субакромиальной сумкой (ССС), наличии выпота в ССС неоднородной структуры. Частичными считались повреждения с наличием гипоехогенных дефектов: внутрисуставного, внесуставного, внутрисуставного, дефекта в месте инсерции сухожилия с фрагментарным отрывом кортикального слоя плечевой кости.

Результаты. В результате комплексного ультразвукового исследования было диагностировано повреждение сухожилия надостной мышцы — частичное у 18 (40,0%) пациентов, полное — у 26 (57,7%) пациентов; повреждение сухожилия подостной мышцы — частичное у 27 (60,0%) пациентов, полное — у 11 (24,4%) пациентов; повреждение сухожилия подлопаточной мышцы — частичное у 9 (20,0%) пациентов, полное — у 4 (8,9%) пациентов. Повреждения РМП сопровождалась субдельтовидно-субакромиальным бурситом у 42 (93,3%) пациентов, теносиновитом сухожилия длинной головки бицепса — у 39 (86,7%) пациентов, повреждением сухожилия двуглавой мышцы — у 20 (44,5%) пациентов.

При рентгенографии плечевого сустава были выявлены: у 26 (57,8%) пациентов — перелом большого бугорка плечевой кости II типа, у 12 (26,7%) пациентов — перелом большого бугорка I типа и у 7 (15,5%) пациентов — перелом большого бугорка III типа.

Выводы. УЗИ плечевого сустава при травмах целесообразно проводить на начальном этапе лучевого обследования пациента одновременно с традиционным рентгенологическим исследованием, что позволяет установить сочетание переломов большого бугорка плечевой кости с разрывами ротаторной манжеты, служит дополнительной и важной информацией для клиницистов и дает возможность выбора тактики лечения.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭХОГРАФИИ В ВЕРИФИКАЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛЬНО-СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА КОЛЕННЫХ И ПЛЕЧЕВЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ С ОСТЕОПОРОЗОМ

*Дудник Т.А., Абдуллаев Р.Я.
ВГУЗУ «Украинская медицинская
стоматологическая академия», г. Полтава
Харьковская медицинская академия
последипломного образования, г. Харьков*

Вступление. Остеопороз как метаболическое заболевание костной ткани имеет значительную распространенность и, по данным ВОЗ, является одной из наибольших медико-социальных проблем современности. В настоящее время проблема