

# ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РЕНТГЕНОЛОГІЧНОГО ТА УЛЬТРАЗВУКОВОГО МЕТОДІВ ПРИ ДЕФОРМУЮЧОМУ ОСТЕОАРТРОЗІ КОЛІННОГО СУГЛОБУ

## COMPARATIVE CHARACTERISTIC X-RAY AND ULTRASOUND METHODS DEFORMATIVE ARTHROSIS OF THE KNEE.

Mohyla O.O., Prof. Pochernyaev V.F., M.D.

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»  
Кафедра онкології з радіологією та радіаційною медициною*

Діагностика деформуючого остеоартрозу (ДОА) колінного суглобу здійснюється на підставі скарг, анамнезу, клінічного огляду, та даних інструментальних методів досліджень – рентгенологічного та ультразвукового.

Мета нашого дослідження – вивчення та порівняння рентгенологічного та ультразвукового методів при деформуючому артрозі колінних суглобів.

Деформуючий остеоартроз (ДОА) - це дегенеративно - дистрофічні зміни гіалінового хряща який покриває епіфізи суглобу. При цьому зазвичай відбувається поступове руйнування суглобових хрящів і розростання кісткової тканини. Частіше уражуються суглоби нижніх кінцівок які виконують опорну функцію, а саме, колінні суглоби.

ДОА має дві фази перебігу: фаза загострення та фаза ремісії. На рентгенологічних плівках неможливо розрізнити ці дві фази.

Клінічна стадія загострення артрозу або артрит характеризується болем, порушенням функції суглобу, набряком периартикулярних тканин, почервонінням шкіри, підвищенням місцевої температури та наявністю запальної рідини в порожнині суглобу («симптом флюктуації»).

Отже, вивчення діагностичних критеріїв рентгенологічного та ультразвукового методів при ДОА колінних суглобів важливо для виявлення патологічних змін та призначення адекватної терапії.

Основні рентгенологічні ознаки деформуючого остеоартрозу колінного суглобу:

- Субхондральний склероз замикальних пластинок суміжних кісток.
- Краєві остеофіти. Відповідно до ступеня артрозу можуть бути: не значні, виражені та значно виражені.
- Зниження висоти суглобової щілини. Залежно від ступеня артрозу може бути: 1/3, 1/2, >1/2.

Таким чином, стала рентгенологічна картина дає нам інформацію про ступінь артрозу, але не характеризує фазу загострення.

УЗД метод дозволяє детально вивчити цю фазу. Ультразвукові ознаки артрити:

– Розширення супрапателлярного завороту колінного суглобу за рахунок анехогенної рідини між двома листками синовіальної оболонки.

– Спостерігаються остеофіти по медіальній поверхні.

– Можливість визначення висоти суглобової щілини по задній поверхні колінного суглобу.

– Можливість візуалізації медіального та латерального менісків, бічних зв'язок а також сухожилків прилеглих м'язів.

Таким чином, ультразвукове дослідження досить інформативно характеризує фазу загострення ДОА та ступінь синовіїту. УЗД може застосовуватися як достовірний метод при болях в колінних суглобах та для вибору тактики подальшого лікування.

## ВПЛИВ ПРЕПАРАТУ «ЕЗАФОСФІНА» НА ПЕРЕБІГ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ПІСЛЯІНФАРКТНОМУ ПЕРІОДУ

## THE INFLUENCE OF "ESAFOSFINA" ON THE COURSE OF HEART FAILURE IN THE POSTINFARCTION PERIOD

Ostrovskiy V.L., Assoc. Prof. Dubrovinska T.V., M.D.

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»  
Кафедра внутрішньої медицини №1*

Враховуючи високу частоту розвитку хронічної серцевої недостатності (СН) у хворих, які перенесли інфаркт міокарда (ІМ), актуальним питанням залишається вивчення нових підходів до лікування даної патології. Саме тому, метою роботи стало дослідити вплив новітнього на фармакологічному ринку України препарату «Езафосфіна» на клінічний перебіг СН у післяінфарктному періоді на фоні базисної терапії.

У дослідження було включено 111 хворих, середнього віку 59,9± 5,9 років, які протягом останніх трьох років перенесли проникаючий ІМ та були госпіталізовані у кардіологічний стаціонар з приводу прогресування СН. I група – 28 хворих із СН зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка (ЛШ), які отримували базисну терапію. II група - 25 хворих із СН зі зниженою систолічною функцією ЛШ, яким додатково був призначений препарат «Езафосфіна» за схемою. III група - 30 хворих із СН зі збереженою фракцією викиду (ФВ) ЛШ, яким була призначена базисна терапія; IV група - 28 хворих із СН зі збереженою ФВ ЛШ, які додатково до базисної терапії отримували препарат «Езафосфіна». Строк спостереження складав 7-10 днів. Препарат «Езафосфіна» призначався за схемою: 1-й день – 10 г в/в краплинно, наступні 2 дні – по 5 г в/в краплинно. У динаміці спостереження в усіх хворих відмічена достовірно позитивна динаміка клінічних проявів СН незалежно від призначеного лікування та рівня ФВ ЛШ. При порівнянні динаміки клінічних симптомів СН у хворих I і II груп на фоні зниженої ФВ ЛШ виявлена достовірна різниця в 1,6 рази у зменшенні вираженості задишки, в 2 і 1,7 рази рідше спостерігалось виникнення серцебиття та набряків у хворих II групи на фоні призначення препарату «Езафосфіна». В динаміці лікування в досліджуваних пацієнтів достовірних змін ФВ ЛШ не виявлено, але у пацієнтів II групи із зниженою систолічною функцією ЛШ зафіксована тенденція до підвищення ФВ ЛШ в 1,2 рази при додаванні до складу базисної терапії препарату «Езафосфіна».

Таким чином, можна зробити висновок, що додавання препарату «Езафосфіна» до складу сучасної базисної терапії СН у хворих, які перенесли ІМ, приводить до більш вираженого регресу клінічних симптомів СН та підвищення толерантності до фізичного навантаження на фоні зниженої систолічної функції ЛШ, що позитивно корелює ( $r>0,73$ ) із підвищенням ФВ ЛШ за даними УЗД серця.