

Ярославский государственный медицинский университет



Актуальные вопросы медицинской науки

Сборник научных работ студентов и молодых ученых Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию победы в Великой Отечественной войне



г. Ярославль, 2015 год

ВОЗМОЖНОСТИ КОНУСНО-ЛУЧЕВОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ СУСТАВОВ КИСТИ И ЗАПЯСТЬЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Егоров М. В. (6 курс, леч. фак-т.)
Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А.И. Евдокимова
Кафедра лучевой диагностики
Научный руководитель – к.м.н. асс. Макарова Д. В.

Актуальность: Ревматоидным артритом (РА) поражены от 0,5 до 1% населения в развитых странах. Заболеваемость составляет 5 – 50 на 100000 населения. В 2010 году во всём мире от РА погибло 49000 человек. Сложности в лечении РА делают важным раннее выявление заболевания у пациентов.

Цели исследования: Целью исследования была оценка возможностей конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) в выявлении изменений суставов кисти и запястья при Р

Материалы и методы: Были проанализированы и сопоставлены результаты цифровой стандартной рентгенографии (СР) и КЛКТ кисти пациентов с РА в анамнезе (критерии АРА, 1987). СР выполнялась на рентгенодиагностическом аппарате Luminos dRF (Siemens, Германия) 42 пациентам с длительностью заболевания от 1,5 до 30 лет. В 100 % наблюдений проводились серологические тесты (ревматоидный фактор и антитела к циклическому цитруллинированному пептиду) и определялся уровень маркеров воспаления (С-реактивный белок и скорость оседания эритроцитов). Все пациенты имели серопозитивное течение РА. С очень ранней (< 6 мес.) и ранней стадиями заболевания (6 мес. – 1 год) в группе наблюдения пациентов не было. У 30 (78,6 %) обследованных диагностировалась развернутая стадия (длительность заболевания > 1 года, с типичными симптомами); поздняя (> 2 лет, выраженная деструкция и осложнения) – определялась у 12 (28,6 %) человек. По активности РА (шкала DAS28) пациенты разделялись следующим образом: 2 ФК – средняя (3,2–5,1) – 13 (31,0 %) человек, 3 ФК – высокая (> 5,1) – 29 (69,0 %) человека. При несоответствии клинико-лабораторной картины и данных СР, для оценки степени выраженности суставного синдрома в 34 (81,0 %) случаях (2 ФК – 12 человек, 3 ФК – 22 человека) выполнялась КЛКТ кисти на томографе NewTom 5G (QR s. r. l., Италия). Перед исследованием каждый пациент дал добровольное информированное согласие на проведение КЛКТ. Изменения степени повреждения суставов устанавливались по наличию эрозивно-деструктивных изменений суставных поверхностей по модифицированной методике Larsen A. et al. (1977). Оценивались 4 проксимальных межфаланговых сустава, 2 сустава большого пальца, 4 пястно-фаланговых сустава, 6 суставов запястья и 5 пястно-запястных.

Результаты и их обсуждение: Высокое пространственное разрешение полученных конусно-лучевых компьютерных томограмм позволило выявить наличие очагов структурной перестройки размерами до 1–2 мм, достоверно не определявшихся при СР, особенно на уровне запястья. В результате сравнительного анализа установлено, что по данным СР индекс изменений суставов кисти и запястья составлял: у пациентов со 2 ФК – 19±5 баллов, с 3 ФК – 46±4 баллов, при КЛКТ – 38±3 балла и 66±4 балла соответственно. По данным КЛКТ у 34 (81,0 %) пациентов была получена дополнительная информация о распространенности

деструктивных изменений, анкилозировании суставов, подвывихах. Таким образом, КЛКТ позволила уточнить распространенность, степень повреждения, характер нарушения взаимоотношений в суставах кисти и запястья. Полученные сведения позволили объективизировать клиническую картину и эффективность проводимой медикаментозной терапии. Дополнительная информация о структурных изменениях эпифизов дает возможность прогнозировать исход течения РА и степень инвалидизации пациентов.

Выводы: Учитывая высокое пространственное разрешение с возможностью выявления очагов структурных изменений размерами менее 1 мм, КЛКТ может рассматриваться как методика первого этапа для диагностики изменений суставов у пациентов с РА, а также в динамике, при контроле эффективности проводимой терапии, постепенно заменяя СР.