

Зарубина Татьяна Васильевна окончила 2-й МОЛГМИ им Н.И. Пирогова, отделение медицинской кибернетики и с тех пор работает там же. Профессор, с 2004 г. – зав.кафедрой медицинской кибернетики и информатики РГМУ. Президент Академии медицинской информатики на правах отделения Международной академии информатизации. Имеет более 90 печатных научных и учебно-методических работ.

Кантаржи Елена Петровна с отличием закончила Московский энергетический институт. С 1977 по 1986 г.г. работала инженером-конструктором в Институте кибернетики им. Глушкова (г. Киев) в отделе медицинской кибернетики, с 1988 г. – научный сотрудник НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева в группе академика А.П. Нестерова. Имеет 20 научных работ.

Листопадова Наталья Александровна окончила 1-й ММИ им И.М. Сеченова. С 1988 г. – старший научный сотрудник НЦ ССХ им. А.Н.Бакулева в группе академика А.П. Нестерова, доктор медицинских наук. Имеет более 80 научных и учебно-методических работ.

УДК616-002.4

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОРАЖЕНИЙ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

А.Э. ПОЛИВАНОВ, В.Н. СОРОЦКАЯ*

Актуальность. Патология тазобедренных (т/б) суставов по частоте и тяжести занимает одно из ведущих мест в клинике ревматических болезней. Среди общего количества протезированных суставов т/б сустав занимает первое место [1, 3–4]. При этом недостаточно изучены рентгенологические изменения т/б суставов в сопоставлении с клиническими данными [2–3]. Неполно освещены дифференциально-диагностические признаки при воспалительных и дистрофических поражениях т/б суставов.

Материалы и методы. Мы провели анализ 403(100,0%) историй болезни пациентов, лечившихся в ревматологическом отделении в 2002–2003 г.г., которым была проведена рентгенография т/б суставов. Среди них были пациенты с диагнозами: ревматоидный артрит (РА) 90/22,3% больных, болезнь Бехтерева (ББ) 48/12,0% больных, болезнь Рейтера (БР) – 96/23,8% больных, псориатический артрит (ПСА) – 33/8,1% больных, первичный остеоартроз (ПОА) – 136/33,7% больных.

Результаты исследования. Среди 403(100,0%) пациентов, боли в т/б суставах в покое отмечали: при РА – 50(12,4%), при ББ – 13(3,2%), при ПСА – 4(1,0%), при БР – 4(1,0%), при ПОА – 14(3,4%) пациентов. Боли в т/б суставах при движении отмечали: при РА – 28(7,0%), при ББ – 10(2,4%), при БР – 8(2,0%), при ПСА – 10(2,4%), при ПОА – 95(23,5%) пациентов. Жалоб не предъявляли: при РА – 12(3,0%), при ББ – 25(6,2%), при ПСА – 19(4,7%), при БР – 84(20,8%), при ПОА – 27(6,6%) пациентов. Боль и нарушение функции в т/б суставах наблюдалась у 85(21,0%) и 151(37,4%) пациентов. Жалоб не предъявляли 167(41,4%) больных. При анализе рентгенограмм, патологические изменения в т/б суставах были выявлены у 138(34,2%) больных. При этом у 265(65,7%) пациентов на рентгенограммах не отмечалось никаких изменений. Наши исследования показали, что рентгенологическая симптоматика при поражении т/б суставов характеризуется разнообразием. Эти изменения колебались от минимальных до выраженной деструкции суставов с вторичным грубым артрозом.

Остеопороз 75(18,6%) являлся одним из наиболее часто встречаемых рентгенологических симптомов. Чаще он характеризовался как «умеренный выраженный» и «околосуставной». Данный признак оценивался нами визуально по толщине кортикального слоя шейки бедренной кости и крыши вертлужной впадины, подчеркнутости трабекул и выраженности замыкательных пластинок (РА – 24/6,0%, ББ – 9/2,2%, ПСА – 8/2,0%, БР – 7/1,7%, ПОА – 27/6,6%). Эрозии суставных поверхностей

69(17,1%) были вызваны процессом, который наблюдался в основном при воспалительных ревматических заболеваниях (РА – 22/5,4%, ББ – 9/2,2%, ПСА – 2/0,4%, БР – 4/1,0%). Однако данные изменения были и при ПОА 32(8,0%), они носили вторичный характер и были минимальными. Остеофиты 125(31,0%) по краям суставных поверхностей – признак дистрофического поражения суставов, в основном наблюдался у пациентов старшей возрастной группы и чаще у больных с ПОА 66(16,3%). При этом остеофиты мы наблюдали и у пациентов с воспалительными ревматическими заболеваниями при развитии вторичного артроза (РА – 26/6,4%, ББ – 10/2,4%, ПСА – 11/2,7%, БР – 12/3,0%). Сужение суставной щели являлось одним из ранних признаков поражения суставов и наблюдалось у 89(22,0%) пациентов. Последняя считалась суженой, если была <4 мм. (РА – 30/7,4%, ББ – 12/3,0%, ПСА – 5/1,2%, БР – 5/1,2%, ПОА – 37/9,1%).

Перестройка костной структуры в виде кистовидных просветлений 75(18,6%), выявлялась при сосудистых нарушениях и протрузии синовиальной мембраны в хрящевую ткань. В наших исследованиях этот симптом встречался и при первичном артрозе, и при хронических воспалительных процессах (артритах), приводящих к вторичному артрозу (РА – 22/5,4%, ББ – 13/3,2%, ПСА – 4/1,0%, БР – 4/1,0%, ПОА – 32/8,0%). Асептический некроз бедренных головок (АНГБК) являлся наиболее тяжелым поражением т/б суставов и встречался в 71(17,6%) случаях. Он наблюдался нами чаще при РА 27(6,6%) и ПОА 37(9,1%). АНГБК при ПСА и БР встречался в 3(0,7%) и 4(1,0%) соответственно. При ББ мы его не наблюдали. АНГБК располагался в верхне-наружном участке бедренной головки с картиной типичной компрессионной деформации и последующей эволюции с фрагментацией и формированием картины артроза. При этом если АНГБК наступал в интактной до этого бедренной головки, то суставная щель была нормальной или даже расширена (5 и более мм), а при АНГБК, как результате воспалительных и дистрофических процессов, наблюдалось сужение суставной щели. Этот процесс, как правило, протекал длительно на протяжении ряда лет и всегда с отрицательной динамикой. В дальнейшем происходило полное разрушение суставов. Подвывихи бедренной головки 8(2,0%) мы встречали у больных РА и ПОА, 3(0,7%) и 5(1,2%) соответственно. Эти изменения наблюдались на фоне нарушений конгруэнтности головки и суставной впадины при воспалительных и дистрофических изменениях.

Анкилозирование 5(1,2%) т/б сустава было при РА 3(0,7%) и при ББ 2(0,4%), как последствие воспалительного поражения. Рентгеновская суставная щель при этом практически исчезала. Это проявлялось в резком ограничении подвижности сустава. Протрузия вертлужных впадин у 6(1,4%) больных была одним из проявлений остеомалиции и нарушенного метаболизма костной ткани. Она имела при РА 3(0,7%) и при ПОА 3(0,7%).

Заключение. Боли и нарушение функции т/б суставов у пациентов ревматологического профиля не всегда сопровождается изменениями на рентгенограммах. Это нередко связано с поражением сухожильно-связочного аппарата, суставных сумок и мягких тканей, патологией крестцово-поясничного отдела позвоночника. Рентгенологические изменения т/б суставов при воспалительных и дистрофических заболеваниях имеют много общего. При оценке сочетаний клинико-рентгенологических симптомов возможно выделение ведущего патологического процесса. АНГБК являлся наиболее тяжелым осложнением поражения т/б суставов при ревматических болезнях

Литература

1. Дуглас С. Кац и др. Секреты рентгенологии.– М.: Бином, СПб.: Невский диалект.– 2003.– 703 с
2. Соков Л.П., Романов М.Ф. Деформирующие артрозы крупных суставов.– М.: Изд-во РУДН, 1991.– 119 с.
3. Карпей Х. Л. Клиническая ревматология.– М.: Медицина.– 1990.– 445 с.
4. Мазуров В.Н. Клиническая ревматология: рук-во для практ. врачей.– СПб.: Фолиант, 2001.

* ГУЗ ТО «Тульская областная больница»