

Клиническая медицина

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ КАРТИНЫ ЛУЧЕЗАПЯСТНЫХ СУСТАВОВ И МЕЛКИХ СУСТАВОВ КИСТЕЙ РУК У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ И ЭРОЗИВНЫМ ВАРИАНТОМ ОСТЕОАРТРОЗА

Кривотулова И.А., Корочина К.В.

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
кафедра внутренних болезней
г. Оренбург*

Ключевые слова: *ультразвуковое исследование, ревматоидный артрит, остеоартроз*

Резюме: *для уточнения ультразвуковой картины поражения суставов кистей рук было проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) с использованием доплеровского картирования 35 пациентам с ревматоидным артритом (РА) и 35 – с эрозивной формой артроза (ЭОА). Нами были выявлены наиболее характерными признаками, позволяющие проводить дифференциальную диагностику между РА и ЭОА суставов кистей рук.*

Resume: *An ultrasound examination (USG) with Doppler mapping was performed in 35 patients with rheumatoid arthritis (RA) and 35 patients with erosive osteoarthritis (EOA) to clarify the ultrasound picture of hand joint damage. We have revealed the characteristic features allowing to perform differential diagnosis between RA and EOA of the hands joints.*

Актуальность. В настоящее время ультразвуковое исследование (УЗИ) суставов широко применяется при обследовании больных с заболеваниями кистей рук, что обусловлено рядом положительных факторов [4]. Данный метод является доступным, так как аппараты УЗИ имеются практически в каждом лечебно-диагностическом учреждении, и относительно недорогим. Отсутствие ионизирующего воздействия на организм позволяет проводить исследование неограниченное число раз для оценки динамики заболевания и результатов проводимой терапии [1]. Кроме этого, преимуществом УЗИ относительно рентгенографии является возможность этого метода установить не только костно-хрящевые дефекты в суставах, но и выявить патологические изменения в мягких тканях в виде синовита и периартрита [2]. В литературе имеются данные, что результаты УЗИ не уступают результатам магнитно-резонансной томографии в выявлении остеофитов, костных эрозий и синовита [1]. Очень часто в клинической практике встаёт вопрос дифференциальной диагностики заболеваний кистей рук, сопровождающихся не только воспалительными, но и эрозивными изменениями в суставах, где УЗИ может выступать в качестве одного из важных методов исследования по получаемой информации. В последнее время среди вариантов течения остеоартроза суставов кистей рук (ОА) стали выделять эрозивный [3,6], который по своим клиническим проявлениям может имитировать ревматоидный артрит (РА). Исследований, посвященных сравнительной оценке ультразвуковой картины при этих заболеваниях, в современной литературе очень мало.

Клиническая медицина

Цель работы: уточнить особенности ультразвуковой картины лучезапястных суставов и мелких суставов кистей рук у больных РА и эрозивным ОА.

Материалы и методы: изучен материал протоколов ультразвукового исследования (УЗИ) лучезапястных суставов и мелких суставов кистей рук 70 пациентов, проходивших обследование в ООО Медицинском центре «Консилиум» и ООО Медицинском центре «Жизнь» г. Оренбурга. I группу составили 35(50%) пациентов с РА, II группу – 35(50%) пациентов с эрозивным остеоартрозом (ЭОА). Соотношение женщин и мужчин при обоих заболеваниях было одинаковым и составило 33:2, соответственно. Средний возраст пациентов с РА – $50,26 \pm 14,84$ лет, а пациентов с ЭОА – $52,97 \pm 13,66$. У всех больных РА имелось сочетание клинически подтвержденного РА и ОА.

Критериями диагностики РА были наличие симметричного поражения II и III пястно-фаланговых (ПФС), III проксимального межфалангового сустава (ПМФ) и лучезапястных суставов (по данным Российских клинических рекомендаций, 2017г.).

Для выявления ЭОА мы использовали рекомендации по диагностике ОА суставов кистей EULAR: II-V-ом проксимальных и дистальных межфаланговых (ПМФС и ДМФС), I-ом межфаланговом суставе и I-ом запястно-пястном суставе.

УЗИ проводилось на аппаратах «SONOASE R7» и «Hitachi Aloka ProSound F37» с использованием доплеровского картирования. Данный метод включал в себя оценку размеров полости лучезапястного сустава, определение толщины синовиальной оболочки (СО) и ее васкуляризацию, толщину гиалинового хряща, костно-хрящевые изменения в виде эрозий и остеофитов, наличие синовита в суставах кистей рук и периаартрита в виде тендинита и теносиновита. Нами были оценены вышеперечисленные изменения в 30 суставах кистей рук: лучезапястном, I-V-ом ПФС, II-V-ом ПМФС и ДМФС и I-ом межфаланговом суставе с обеих сторон.

Для статистического анализа использовалась программа STATISTICA, 12.0 версия.

Результаты и их обсуждение. Характерными изменениями для пациентов I группы являлись наличие синовита лучезапястного сустава (91,43%) с утолщением синовиальной оболочки (17,14%) и усилением кровотока (28,57%), симметричность данного поражения составила 74,28%; синовит II и III пястно-фаланговых суставов (ПФС) (57,14%), и II и III проксимальных межфаланговых суставов (ПМФС) (14,28%), и симметричность синовита этих суставов – 17,14% и 5,71%, соответственно; периаартрит II и III ПФС (71,43%), симметричный в 40% случаев; эрозивные изменения в лучезапястных суставах (11,43%), симметричные в 2,86% случаев; эрозии во II и III ПФС (80%), симметричные у 68,57% пациентов, и во II и III ПМФС (17,14%), симметричные в 14,29%.

Синовит II и III ПФС, и II и III ПМФС был достоверно выше у больных РА ($p < 0,0014$ и $p < 0,0243$, соответственно).

Также у пациентов I группы достоверно преобладал периаартрит II и III ПФС ($p < 0,05$).

Клиническая медицина

Эрозивные изменения в лучезапястных суставах ($p < 0,0394$), II и III ПФС ($p < 0,0084$) и II и III ПМФС ($p < 0,0465$) значительно чаще диагностировались по данным УЗИ у пациентов I группы. Это не противоречит данным исследования Р.А. Осипянца и соавт., установившим топическое преобладание эрозивного процесса во II ПФС и III ПМФС у пациентов с РА [4].

Для пациентов II группы характерными признаками были периартрит лучезапястных суставов (80%), симметричный у 17,14% пациентов; несимметричный периартрит 1 и 5 ПФС ($p < 0,0036$); эрозивные изменения в 1 и 5 ПФС ($p < 0,0168$) симметричные в 37,14% случаев. В других исследованиях с использованием ультразвуковой диагностики (А.В. Сарапулова, 2015) было установлено преобладание поражения в 5ДМФ у больных с ЭОА кистей рук [6].

У пациентов II группы достоверно чаще встречались периартрит 1 и 5 ПФС ($p < 0,0036$) и эрозивные изменения в 1 и 5 ПФС ($p < 0,0168$).

Несмотря на то, что у пациентов с ЭОА выявлена взаимосвязь между возрастом и стадией ОА ($r = 0,56$), более выраженные изменения в костной ткани и гиалиновом хряще развивались у больных РА старших возрастных групп ($r = 0,53$).

У пациентов обеих групп выявлена взаимосвязь между развитием синовита и утолщением синовиальной оболочки, но у пациентов с ЭОА эта корреляция была значительно выше ($r = 0,59$; $r = 0,72$, $p < 0,0177$), что может говорить о том, что данные изменения могут приводить к эрозированию сустава у больных ОА.

Однако, у больных РА чаще, чем с ЭОА встречалось сочетание синовита с утолщением синовиальной оболочки и периартрита в виде тендинита и теносиновита лучезапястного сустава ($r = 0,38$). Необходимо отметить, что только у пациентов с РА теносиновит лучезапястного сустава сопровождался усилением кровотока в местах воспалительного процесса ($r = 0,4$). Также при РА была выявлена положительная взаимосвязь между синовитом 2-3 ПФС и периартритом 2-3 ПМФС ($r = 0,38$).

Только у пациентов II группы отмечалась корреляция между возрастом и наличием тендинита лучезапястного сустава ($r = 0,46$). Кроме того, у пациентов данной группы была выявлена положительная взаимосвязь между синовитом суставов 1 и 5 пальцев рук и периартритом данных суставов ($r = 0,63$, $p < 0,0415$), а также синовитом суставов 1 и 5 пальцев рук и синовитом дистальных межфаланговых суставов (ДМФС) ($r = 0,46$). У пациентов с ЭОА отмечалась корреляция между периартритом суставов 1 и 5 пальцев рук и периартритом в виде тендинита лучезапястных суставов ($r = 0,72$, $p < 0,0177$).

У пациентов с РА отмечалась положительная взаимосвязь между симметричным теносиновитом ПФС и симметричными эрозиями во 2-3 ПМФС ($r = 0,38$). Кроме того, у пациентов в этой группе отмечалось сочетание симметричного теносиновита ПМФС с симметричными эрозиями во 2-3 ПМФС ($r = 0,37$).

В исследовании О.Б. Балугеовой [1] не были отмечены значимые различия для общего числа суставов с остеофитами и эрозиями при ЭОА, что подтверждается нашими

Клиническая медицина

данными, что только у пациентов с ЭОА эрозии в 1 и 5 ПФС сопровождались наличием остеофитов в этих суставах ($r = 0,5$).

О.Б. Балужева [1] также отмечает, что при ЭОА практически в каждом четвертом суставе был выявлен синовит (27,7%), а встречаемость эрозий была гораздо ниже (6,9%), а в нашем исследовании общее количество суставов с синовитом и эрозивными изменениями было одинаковым (97,14%).

Следует отметить, что проведенное исследование не выявило достоверных отличий в размерах синовиальной оболочки, размерах полости лучезапястного сустава и толщине гиалинового хряща между пациентами с РА и ЭОА.

Вывод: Таким образом, в плане дифференциальной диагностики ультразвуковой картины суставов кистей рук при наличии эрозивных изменений, необходимо отметить, что для РА наиболее характерно явление синовита лучезапястных суставов с усилением кровотока в синовиальной оболочке, симметричный синовит 2 и 3 ПФС и 2 и 3 ПМФС суставов с эрозивными изменениями и явлениями периаартрита в этих суставах. Для ЭОА характерен симметричный периаартрит 1 и 5 ПФС с эрозивными изменениями и наличием остеофитов в данных суставах.

Литература

1. Балужева О.Б. Возможности ультразвукового исследования в диагностике остеоартроза суставов кистей [Текст] / О.Б. Балужева, А.В. Сарапулова, О.В. Теплякова // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2014. – № 4. – С. 50-60.
2. Беляева И.Б. Факторы риска развития эрозивного процесса при раннем ревматоидном артрите [Текст] / И.Б. Беляева, В.И. Мазуров, Ю.В. Автушенко, О.А. Клиценко // Научно-практическая ревматология. – 2006. – № 4. – С. 21-27.
3. Олюнин Ю.А. Остеоартроз суставов кистей. Дифференциальная диагностика с воспалительными заболеваниями суставов и тактика лечения [Текст] / Ю.А. Олюнин // Современная ревматология. – 2015. – Т. 9, № 4. – С. 77-82.
4. Осипянц Р.А. Оценка структурных изменений суставов кистей и темпов прогрессирования ревматоидного артрита по данным сонографии [Текст] / Осипянц Р.А., Каратеев Д.Е., Панасюк Е.Ю., Лукина Г.В., Смирнов А.В., Глухова С.И., Александрова Е.Н., Волков А.В., Насонов Е.Л. // Научно-практическая ревматология. – 2013. – Т. 51, № 2. – С. 132-137.
5. Российские клинические рекомендации. Ревматология [Текст] / под ред. акад. Е.Л. Насонова. – М.: ГЭОЭТАР-Медиа, 2017. – С. 17-58.
6. Сарапулова, А.А. Остеоартроз суставов кистей: влияние особенностей течения заболевания и психосоциальных факторов на качество жизни больных [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.22 / Сарапулова Анастасия Викторовна. – Оренбург, 2015. – 29 с.
7. Zhang W. EULAR evidence-based recommendations for the diagnosis of hand osteoarthritis: report of a task force of ESCISIT [Text] / W. Zhang, M. Doherty, B.F. Leeb, L. Alekseeva, N.K. Arden, J.W. Bijlsma, F. Dincer, K. Dziedzic, H.J. Hauselmann, P. Kaklamanis, M. Kloppenburg, L.S. Lohmander, E. Maheu, E. Martin-Mola, K. Pavelka, L. Punzi, S. Reiter, J. Smolen, G. Verbruggen, I. Watt, I. Zimmermann-Gorska // Ann. of the Rheum. Diseases. – 2009. – Vol. 68, Iss.1. – P. 7-18.