



Ассоциация специалистов  
лучевой и ультразвуковой  
диагностики  
Краснодарского края

ГБОУ ВПО «Кубанский  
государственный  
медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
России



# Научная программа и материалы III съезда врачей лучевой диагностики Юга России



## Юга России

23–24 апреля 2015  
Краснодар

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

Макарова Д. В.<sup>1\*</sup>, Кушнир К. В.<sup>1,2</sup>, Горлычева Е. Г.<sup>3</sup>, Пожарова Г. П.<sup>2</sup>, Егоров М. В.<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет  
им. А. И. Евдокимова» Минздрава России, г. Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФКУЗ «Главный клинический госпиталь МВД России», г. Москва, Россия;

<sup>3</sup>ООО «Центральный научно-исследовательский институт лучевой диагностики»,  
г. Москва, Россия

\*E-mail: mdvmail@mail.ru

Целью исследования была оценка возможностей конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) в выявлении изменений суставов кисти и запястья при ревматоидном артрите (РА). В рамках работы 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 LuminosdRF (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 интегральных маркеров воспаления (С-реактивный белок и скорость оседания эритроцитов). Все пациенты, прошедшие обследование, имели серопозитивное течение РА. С очень ранней (<6 месяцев) и ранней стадиями заболевания (6 месяцев – 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-х лет, выраженная деструкция и осложнения) – определялась у 12 (28,6 %) человек. По активности РА (шкала DAS28) пациенты подразделялись следующим образом: 2 ФК – средняя (3,2–5,1) – 13 (31,0 %) человек, 3 ФК – высокая (>5,1) – 29 (69,0 %) человек. 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 (QRs. r. l., Италия). Перед выполнением исследования от каждого пациента было получено 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). Для оценки



выраженности суставного синдрома оценивались 4 проксимальных межфаланговых сустава, 2 сустава большого пальца, 4 пястно-фаланговых сустава, 6 суставов запястья и 5 пястно-запястных. Полученные конусно-лучевые компьютерные томограммы характеризовались высоким пространственным разрешением, что позволило выявить наличие очагов структурной перестройки размерами до 1–2 мм, которые достоверно не определялись на стандартных рентгенограммах, особенно на уровне запястья. В результате сравнительного анализа было установлено, что, по данным СР, индекс изменений суставов кисти и запястья составлял: у пациентов со 2 ФК –  $19 \pm 5$  баллов, с 3 ФК –  $46 \pm 4$  баллов, при КЛКТ –  $38 \pm 3$  балла и  $66 \pm 4$  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.

С учетом высокого пространственного разрешения 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.

