

ВЛИЯНИЕ ФИЗИОТЕРАПИИ НА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ У ДЕТЕЙ

Абдурашидов М.М., Солижонов Ш.Э.

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

В работе приводятся результаты анализа рентгенологических симптомов в динамике у 426 больных в конце месячного курса физиотерапии и через 3-6 и 12 месяцев после лечения, исследования показали, что быструю динамику рентгенологической картины при РА в процессе лечения можно видеть только в переднем верхнем завороте коленного сустава, где изменения количества синовиальной жидкости имеет свое рентгенологическое отображение. Кроме того неоднородная плотность содержимого заворота позволяет судить и рецидивах воспаления, и при сопоставлении с клиническими и лабораторными данными о степени его активности.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, рентгенологическая картина, физиотерапия, дети.

ФИЗИОТЕРАПИЯНИНГ БОЛАЛАРДА РЕВМАТОИД АРТРИТНИНГ РЕНГЕНОГРАММАСИГА ТАЪСИРИ

Абдурашидов М.М., Солижонов Ш.Э.

Андижон давлат тиббиёт институти

Аннотация

Ўшбу ишда 426 беморда бир ойлик физиотерапия курсиснинг охирида ва даволанишдан кейин 3-6 ва 12 ой ўтгач радиологик симптомларнинг динамикасини таҳлил қилиш натижалари келтирилган. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, РА даволаш жараёнида радиологик кўринишнинг тез ўзгариши фақат тизза бўғимининг олдинги юқори бўшлиғида кўринади, бу ерда синовиал суйуқлик миқдорининг ўзгариши радиологик кўринишга эга. Бундан ташқари, бўшлиқ мазмунининг нотенг зичлиги яллиғланиш қайталанишини ва клиник ва лаборатория маълумотлари билан таққослаганда унинг фаоллик даражасини баҳолаш имконини беради.

Калит сўзлар: ревматоид артрит, радиологик кўриниш, физиотерапия, болалар.

THE INFLUENCE OF PHYSIOTHERAPY ON THE X-RAY PICTURE OF RHEUMATOID ARTHRITIS IN CHILDREN

Abdurashidov M.M., Solijonov Sh.E.

Andijan state medical institute

Abstract

This paper presents the results of the analysis of radiological symptoms in dynamics in 426 patients at the end of a month-long course of physiotherapy and 3-6 and 12 months after treatment. The studies showed that the rapid dynamics of the radiological picture in RA during treatment can only be seen in the anterior upper recess of the knee joint, where changes in the amount of synovial fluid have their radiological representation. Moreover, the heterogeneous density of the recess contents allows judging both the recurrence of inflammation and, when compared with clinical and laboratory data, the degree of its activity.

Keywords: rheumatoid arthritis, radiological picture, physiotherapy, children.

В определении стадии ревматоидного артрита (РА) ведущее место принадлежит рентгенологическому методу, который позволяет объективно оценить состояние костей, суставных хрящей и параартикулярных мягких тканей, установить точную локализацию и распространённость процесса. Общепринятыми рентгенологическими признаками заболевания считаются остеопороз, сужение суставных щелей околосуставная (краевая) и внутрисуставная деструкция костей, костный анкилоз. Последний признак без каких-либо оговорок расценивается как проявление особой тяжести заболевания [1, 2, 3]. В литературе встречается описание ещё одного признака утолщения и деформация мягких тканей [1]. В рентгенологической литературе этот симптом детально описан только Н.С.Касинской [4].

Цель данной работы – изучить влияние физиотерапии на рентгенологическую картину при ревматоидном артрите у детей.

Материалы и методы. Нами проведён анализ всех перечисленных симптомов у 426 больных РА лечения в конце месячного курса физиотерапии и через 3, 6 и 12 месяцев после лечения. Рентгенологически были исследованы кисти, стопы, коленные, локтевые, плечевые голеностопные суставы, в зависимости от клинических проявлений заболевания. При этом были использованы следующие методики рентгенологического исследования: стандартная рентгенография с усиливающими экранами, без экранная рентгеногра-

фия с прямым увеличением изображения в 5-7 раз. Эти методики позволили изучить структуру костей, толщину суставных хрящей и периартикулярных мягких тканей. Для получения оптимального изображения суставов использованы такие специальные укладки, как рентгенография дистальных отделов стоп в тыльном положении и специальное приспособление для установки стопы под разным углом и пучку лучей, что дало возможность получить изображение всех межфаланговых суставов. Рентгенографию коленных суставов в боковой проекции проводили с обязательным захватом дистальной трети бедра, что позволило оценить состояние переднего верхнего заворота сустава. Исследование голеностопного сустава в прямой проекции проводили с поворотом стопы внутрь на 15-20° с целью получения изображения суставной щели на всём протяжении [2]. Рентгенографию межфаланговых суставов кистей с прямым увеличением изображения выполняли на аппарате РЕИС-Д.

Результаты и обсуждение. Анализ всех рентгенограмм показал, что после 1 мес. курса физиотерапии и в течение последующих 3-6 мес. наблюдения визуальные изменения в структуре, костей (остеопороз, деструкция) и в толщине суставных хрящей не обнаруживаются. Что же касается двух симптомов изменения мягких тканей и костных анкилозов, то их динамика и значение требует специального обсуждения.

Несмотря на то, что в процессе физиотерапии клинически отмечалось уменьшение толщины мягких тканей вокруг межфаланговых суставов кистей, на стандартных рентгенограммах эти изменения выявить не удалось, как после месячного курса лечения, так и в течение последующих 3-4 мес. наблюдения. Мы ожидали получить более определённые результаты о толщине мягких тканей вокруг межфаланговых суставов по рентгенограммам с прямым увеличением изображения, так как, если на стандартных рентгенограммах толщина периартикулярных мягких тканей составляет 2-3 мм, то при 5-7- кратном увеличении она достигает 10-21мм. Такая степень увеличения даёт возможность легко обнаружить и более точно измерить толщину мягких тканей, но применяя эту методику, обнаружить уменьшение толщины периартикулярных мягких тканей в процессе физиотерапии не удалось отметить уменьшение толщины мягких тканей межфаланговых суставов удалось лишь через 10-12 мес. после клинического затихания процесса. Рентгенологическое исследование различных областей позволило установить, что наиболее демонстративные изменения мягких тканей

можно видеть в коленных суставах в случае их поражения. При этом следует изучать состояние переднего верхнего заворота.

Передний верхний заворот коленного сустава представляет собой полость, выстланную синовиальной оболочкой, расположенной впереди бедренной кости на уровне её нижней трети и соединённую с суставной полостью. В норме на рентгенограммах коленного сустава в боковой проекции передний верхний заворот выглядит как равномерное просветление, ограниченной спереди четырёхглавой мышцей бедра, сзади- бедренной костью. Состояние переднего верхнего заворота отражает изменения в самом суставе. Так, при воспалительных процессах в суставе происходит накопление синовиальной жидкости, которую не всегда можно выявить клинически на рентгенограммах, при этом наблюдается затемнение переднего верхнего заворота, а при значительном скоплении жидкости- увеличение его объёма, что проявляется оттеснением четырёхглавой мышцы кпереди, при этом передняя стенка заворота приобретает равномерно выпуклую форму. В процессе лечения при уменьшении количества жидкости в суставе изменяется и рентгенологическая картина переднего верхнего заворота, уменьшаются его размеры, повышается прозрачность. При рецидивах воспаления вновь увеличиваются размеры и плотность заворота, если превалирует пролиферативное воспаление, то после уменьшения количества жидкости остаются более плотные участки инфильтратов. Такая картина неоднородной плотности области переднего верхнего заворота формируется и после нескольких рецидивов заболевания, когда она может объясняться не только участками пролифератов, но и неравномерной организацией содержимого заворота.

Вопрос об активности воспаления решается путём составления рентгенологической картины с клиническим и лабораторными данными. Другой симптом костное анкилозирование клиницистами рассматривается как показатель особо тяжелого течения заболевания. При РА костное анкилозирование встречается редко. Так из обследованных у 426 больных костный анкилоз мы встретили в 65 суставах у 31 больного. Причём в 64 случаях были анкилозированы суставы кисти и лишь в коленном суставе. У 18 больных (до 31) в других суставах клинически и рентгенологически определяется активный процесс. Эти наблюдения убедили нас в том, что относительно симптома костного анкилозирования должны быть сделаны некоторые оговорки, а именно: действительно костный анкилоз может образоваться только при условии полного разрушения суставных хрящей и костной

деструкции суставных отделов костей, что случается только при особо злокачественном течении РА. Однако, смена разрушения хряща и кости процессом созидания новой кости, без чего не может произойти костного сращения, может быть только в том случае, когда активное воспаление сменяется стадией затихания. Обнаружение костного анкилоза свидетельствует: во первых о том, что процесс на каком то это не протекал злокачественного вторых о том, он прошёл стадию затихания, которая в этом суставе может продолжать и в момент исследования. О том, насколько стойко это затихание, можно судить по характеру костной структуры всей области бывшего сустава. Если на фоне остеопороза, свойственного РА образовались, новые костные балки то это свидетельствует о достаточно стойком затихании местного воспаления. Заметная регенеративная перестройка при РА может быть обнаружена лишь по прошествии 8-12 мес. от начала затихания процесса.

Выводы. Таким образом, наши исследования показали, что быструю динамику рентгенологической картины при РА в процессе лечения можно видеть только в переднем верхнем завороте коленного сустава, где изменения количества синовиальной жидкости имеет свое рентгенологическое отображение. Кроме того неоднородная плотность содержимого заворота позволяет судить о рецидивах воспаления, а при сопоставлении с клиническими и лабораторными данными о степени его активности. Анкилозирование сустава не является показателем тяжести заболевания в момент исследования, а лишь свидетельствует о том, что суставные хрящи на этом участке полностью разрушены, что имелаась контактная деструкция сочленявшихся костей и, что заболевание прошло стадию затихания, в которой и образовалось костное сращение.

Использованная литература:

1. Астапенко М.Г. «Инфекционный неспецифический полиартрит» М.2006.с. 22-26.
2. Мылов Н.М. «Ревматоидный артрит»М. 2003.с.134-138.
3. Тареев Е.М. «Ревмоидный артрит» М.2007.с.51-54.
4. Цонгев Т. «Ревматология» София 2005.с. 378-386.