

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНТЕЗИТОВ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОДИСТРОФИЕЙ

Сикора А.В.

УЗ «Новополоцкая ЦГБ. Кожно-венерологический
диспансер»

Гродно, 2021 г.

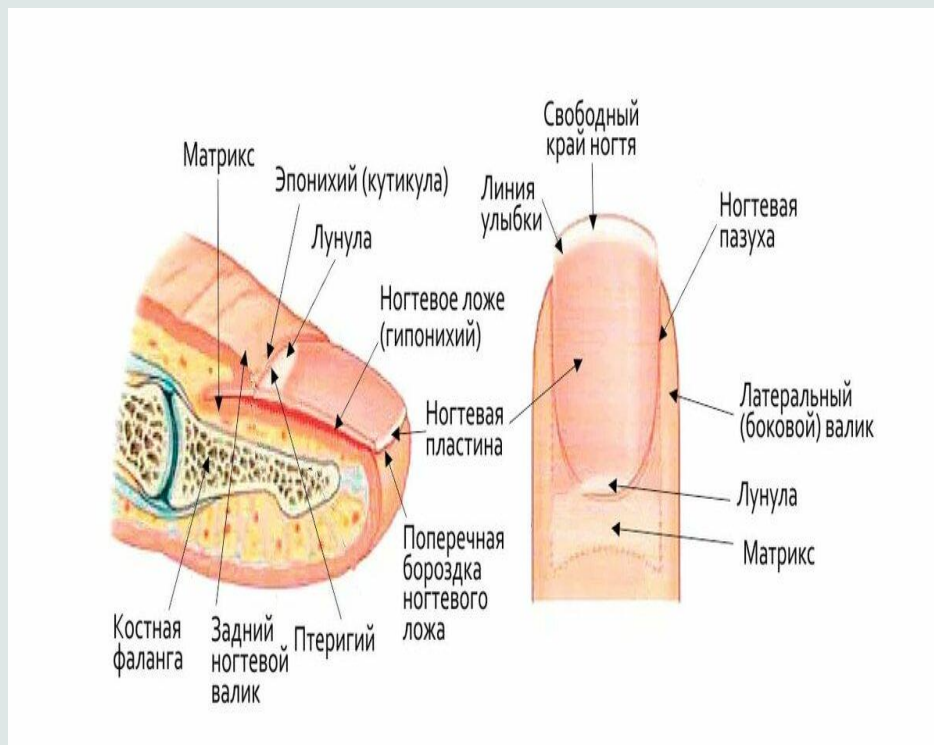


Среди всех предикторов псориатического артрита, изученных до сих пор, наиболее тесная связь, несомненно, наблюдается по отношению к псориатическому поражению ногтевых пластин, которая объясняется близким анатомическим расположением зоны роста ногтя и местом прикрепления сухожилия мышцы-разгибателя пальцев (энтезис).



Строение ногтевого аппарата

Ногтевой аппарат расположен сразу же над надкостницей дистальной фаланги. Тесная анатомическая связь между ним и костью является причиной частых изменений кости при заболеваниях ногтей и наоборот.



Развитию артрита межфалангового сустава (дактилита) обычно предшествует субклиническое воспаление сухожилия этой мышцы в точке его прикрепления к кости — энтезит (энтезопатия). УЗИ является предпочтительным методом визуальной диагностики для осмотра компонентов мягких тканей энтезиса и поверхности кости.



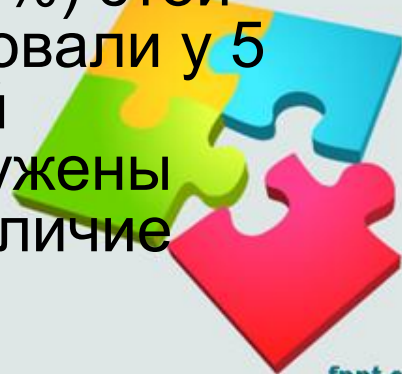
Изменения воспалительного характера могут быть обнаружены с помощью серой шкалы — определение утолщения мембраны и выпота в подсухожильную сумку, гипоехогенности сухожилия или связки. Повышенная васкуляризация является главным признаком энтезита при использовании доплерографии. В связи с этим, установление УЗИ признаков изменений энтезисов у пациентов с псориатической ониходистрофией является актуальным вопросом для изучения.



Целью исследования являлось изучить наиболее часто встречающиеся изменения сухожилий дистальных межфаланговых суставов кистей и ахилловых сухожилий при ультразвуковом исследовании у пациентов с псориатической ониходистрофией и/или псориазом.



При ультразвуковой диагностике у 17 (70%) пациентов группы 1 встречались кальцинаты в сухожилиях изолировано или в сочетании; усиление сосудистого рисунка изолировано или в сочетании при доплерографии наблюдалось у 6 (25 %) пациентов, наличие жидкости в суставах изолировано или в сочетании наблюдалось у 4-х (17 %) пациентов. У 10 пациентов (42%) анализируемой группы были обнаружены только кальцинаты, кальцинаты плюс усиление сосудистого рисунка — у 5-ти (21 %) пациентов, кальцинаты и жидкость в суставах — 1 пациента (4 %), жидкость в суставах и усиление сосудистого рисунка — у одного пациента (4 %), и кальцинаты, жидкость в суставах, и усиление сосудистого рисунка наблюдались у двух пациентов (8 %) этой группы. Изменения в сухожилиях отсутствовали у 5 пациентов (21 %) группы 1. Только у одной пациентки (20 %) из группы 2 были обнаружены изменения в сухожилиях (кальцинаты и наличие жидкости) при УЗИ обследовании.



Минимальная толщина сухожилий в группе 2 составила 0,9 мм в группе правой кисти и 0,8 мм в группе левой кисти. Максимальная толщина сухожилий составила 3,6 мм в группе правой кисти и 3,0 мм в группе левой кисти. Медиана толщины сухожилия в группе правой кисти составила 1,1 [1,0-1,4] мм. Медиана толщины сухожилия в группе левой составила 1,0 [1,0 - 1,3] мм, мода составила 3,0 мм.



- В исследовании ахилловых сухожилий принял участие 31 пациент. (20 пациентов в группе с псориатической ониходистрофией и 11 здоровых пациентов в группе контроля). Из них 18 (58 %) мужчин и 13 (42%) женщин.
- Минимальный возраст пациентов в группе с псориатической ониходистрофией составил 24 года, в группе контроля — 33 года. Максимальный возраст пациентов группы с псориатической ониходистрофией составил 74 года, группы контроля — 64 года. Медиана возраста в группе с псориатической ониходистрофией составила 49,5 [39, 25-59] лет, мода составила 58 лет, в группе контроля медиана составила 33 [32-37] года.



В группе с псориатической ониходистрофией получены следующие результаты: минимальная толщина ахилловых сухожилий составила 5 мм, максимальная толщина сухожилий составила 12,5 мм. Медиана толщины сухожилия составила 8,0 [6,45-9,03] мм, мода составила 8,0 мм. Кальцинаты обнаружены у 13 пациентов (65%), жидкость обнаружена у 1 пациента (5 %), у одного пациента обнаружены и кальцинаты и усиление сосудистого рисунка при доплерографии (5%), у 5 пациентов (25 %) изменения в сухожилиях не обнаружены.



В группе контроля получены следующие результаты: минимальная толщина сухожилий составила 4 мм. Максимальная толщина сухожилий составила 6,5 мм. Медиана толщины сухожилия составила 4,5 [4,0-5,0] мм, мода составила 4,0 мм. Кальцинаты обнаружены у 3 пациентов (27 %), усиление сосудистого рисунка при доплерографии у 1 пациента (9 %), изменений нет в сухожилиях у 7 человек (64 %) Таким образом, толщина ахилловых сухожилий в группе 1 больше чем в группе 2.



Наше наблюдение показало, что наиболее частыми изменениями в области межфаланговых суставов кистей и ахилловых сухожилиях у пациентов с псориатической ониходистрофией были кальцинаты в сухожилиях затем усиление сосудистого рисунка при доплерографии; у самого меньшего количества пациентов наблюдалось наличие жидкости в исследуемых суставах. О взаимосвязи клинических проявлений псориаза, псориатической ониходистрофии и полученных ультразвуковых данных можно будет сделать заключение после большего числа обследованных пациентов.



Выводы.

Ультразвуковое исследование плюс доплерография межфаланговых суставов кистей и ахилловых сухожилий может служить простым методом диагностики энтезитов у пациентов с псориазом и псориатической ониходистрофией.



Спасибо за внимание!

