

Красноярский государственный медицинский университет им. проф.
В.Ф.Войно-Ясенецкого Минздрава России.
Институт последипломного образования.
Кафедра лучевой диагностики ИПО

Лучевая диагностика остеоартрозов и артрозоартритов

Выполнила:
Железовская Н.В.
Ординатор 2-го года
обучения

Остеоартроз – хроническое прогрессирующее заболевание суставов, характеризующееся

- дегенерацией суставного хряща,
- изменениями в субхондральном отделе эпифизов костей и
- в околосуставных мягких тканях.

Предрасполагающие факторы

1. наследственная предрасположенность,
2. механические повреждения,
3. физиологическая перегрузка,
4. избыточная масса тела,
5. нарушения обмена и кровообращения,
6. возрастная инволюция хряща,
7. эндокринный дисбаланс,
8. нарушение развития,
9. приобретенные заболевания суставов и костей

Патогенез остеоартроза

- 1) нарушение обмена хондроцитов и матрикса суставного хряща;
- 2) нарушение структуры коллагена с уменьшением его устойчивости к механическим нагрузкам;
- 3) иммунный механизм и воздействие цитокинов;
- 4) нарушение кровообращения в суставных тканях (синовиальной оболочке, субхондральной кости);
- 5) синовит.

Клиническая картина

1. Боль в суставах, возникающая в конце дня и/или в первой половине ночи
2. Боль в суставах, возникающая после механической нагрузки и уменьшающаяся в покое
3. Деформация суставов за счет костных разрастаний

Рентгенологические симптомы, **обязательные** для постановки диагноза остеоартроза

- 1) сужение суставной щели (измерять в наиболее суженном участке),
- 2) субхондральный остеосклероз,
- 3) краевые костные разрастания (остеофиты)

при ровных, чётких контурах сочленяющихся костей



Рис. 1. Рентгенограмма коленного сустава в прямой проекции. Незначительное сужение суставной щели в медиальном отделе (стрелка)



Рис. 2. Рентгенограмма коленного сустава в прямой проекции. Умеренное неравномерное сужение суставной щели в медиальном отделе (стрелка)



Рис. 3. Рентгенограмма коленного сустава в прямой проекции. Выраженное неравномерное сужение суставной щели в медиальном отделе (стрелка)

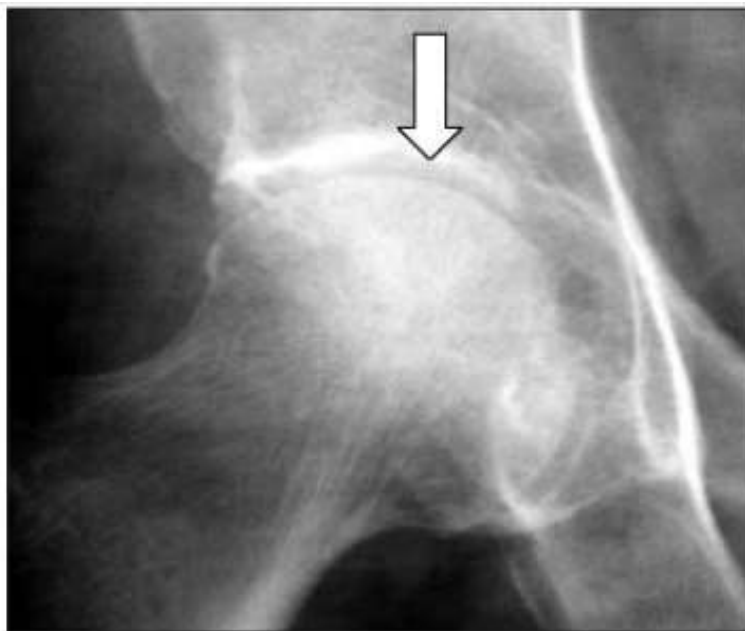


Рис. 4. Рентгенограмма тазобедренного сустава в прямой проекции. Умеренное сужение суставной щели в верхнемедиальном отделе (стрелка)



Рис. 5. Рентгенограмма шейного отдела позвоночника в боковой проекции. Выраженное сужение суставной щели C_5-C_6 межпозвонкового диска. Незначительное сужение суставной щели C_{III-IV} и C_{IV-V} межпозвонковых дисков (стрелки)



Рис. 17. Рентгенограмма коленного сустава в прямой проекции. Субхондральный остеосклероз медиальных мыщелков бедренной и большеберцовой костей (стрелки)



Рис. 18. Рентгенограмма I запястно-пястного сустава. Субхондральный остеосклероз. Резко сужена щель сустава. Остеофиты на краях суставных поверхностей (стрелка)



Рис. 6. Рентгенограмма коленного сустава в прямой проекции. Остеофиты на медиальных углах бедренной и большеберцовой костей и краях межмыщелковых возвышений (стрелки)



Рис. 8. Рентгенограмма коленного сустава в боковой проекции. Крупные остеофиты на задних краях суставных поверхностей бедренной и большеберцовой костей, задних углах надколенника (стрелки)

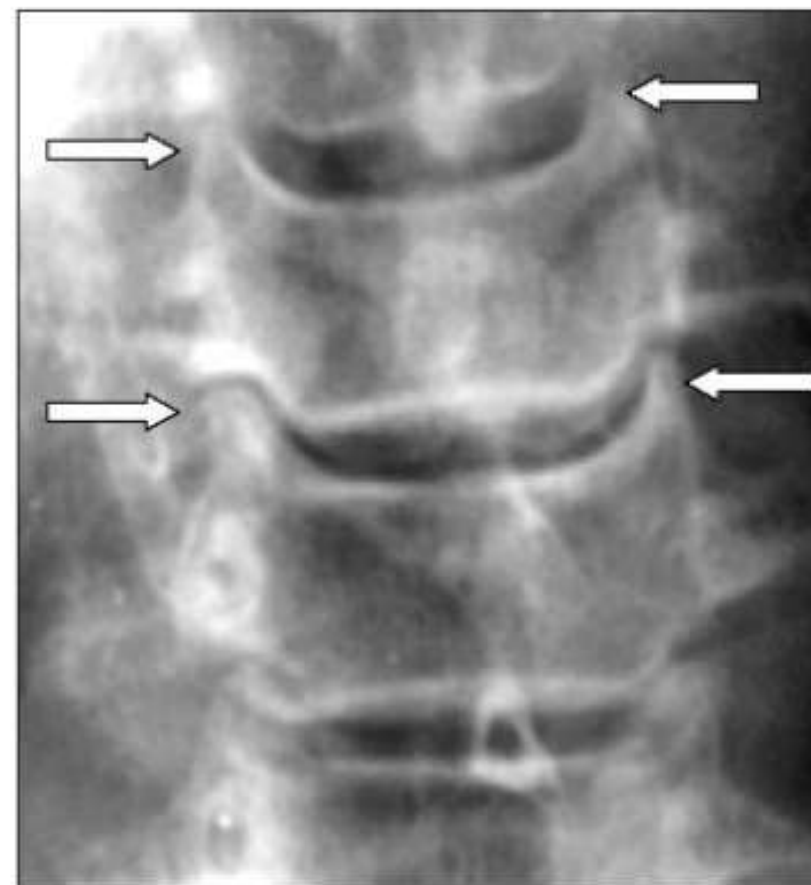


Рис. 9. Рентгенограмма шейного отдела позвоночника в прямой проекции. Остеофиты на краях унковертебральных сочленений (стрелки)

Необязательные симптомы ОА

- 1) кистовидные просветления костной ткани (кольцевидные дефекты субхондрального отдела кости с четко определяемым склеротическим ободком);
- 2) костные дефекты (псевдоэрозии);
- 3) деформации эпифизов костей;
- 4) подвывихи суставов;
- 5) синовит;
- 6) обызвествленные хондромы.

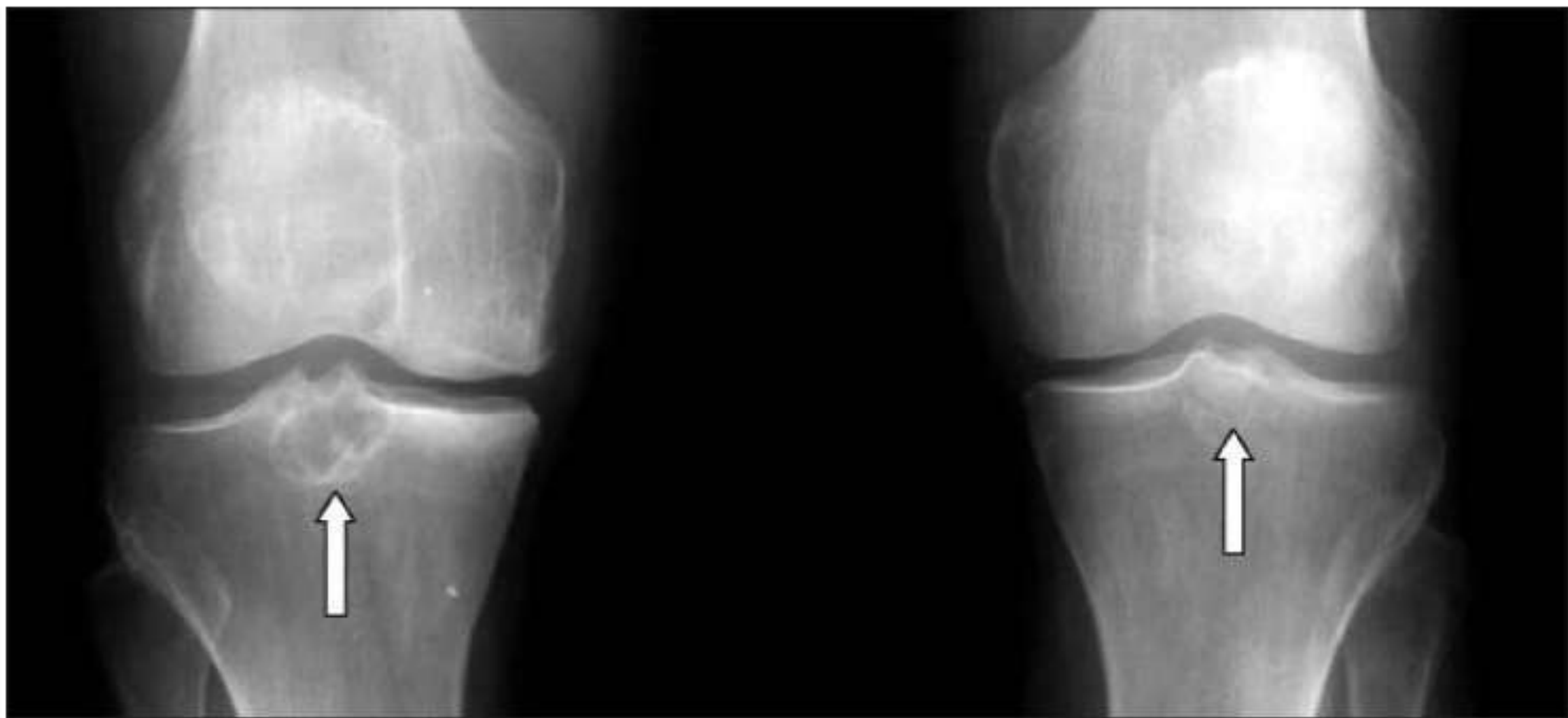


Рис. 21. Рентгенограммы коленных суставов в прямой проекции. Кисты в проекции межмыщелковых возвышений большеберцовых костей (больше справа; стрелки)

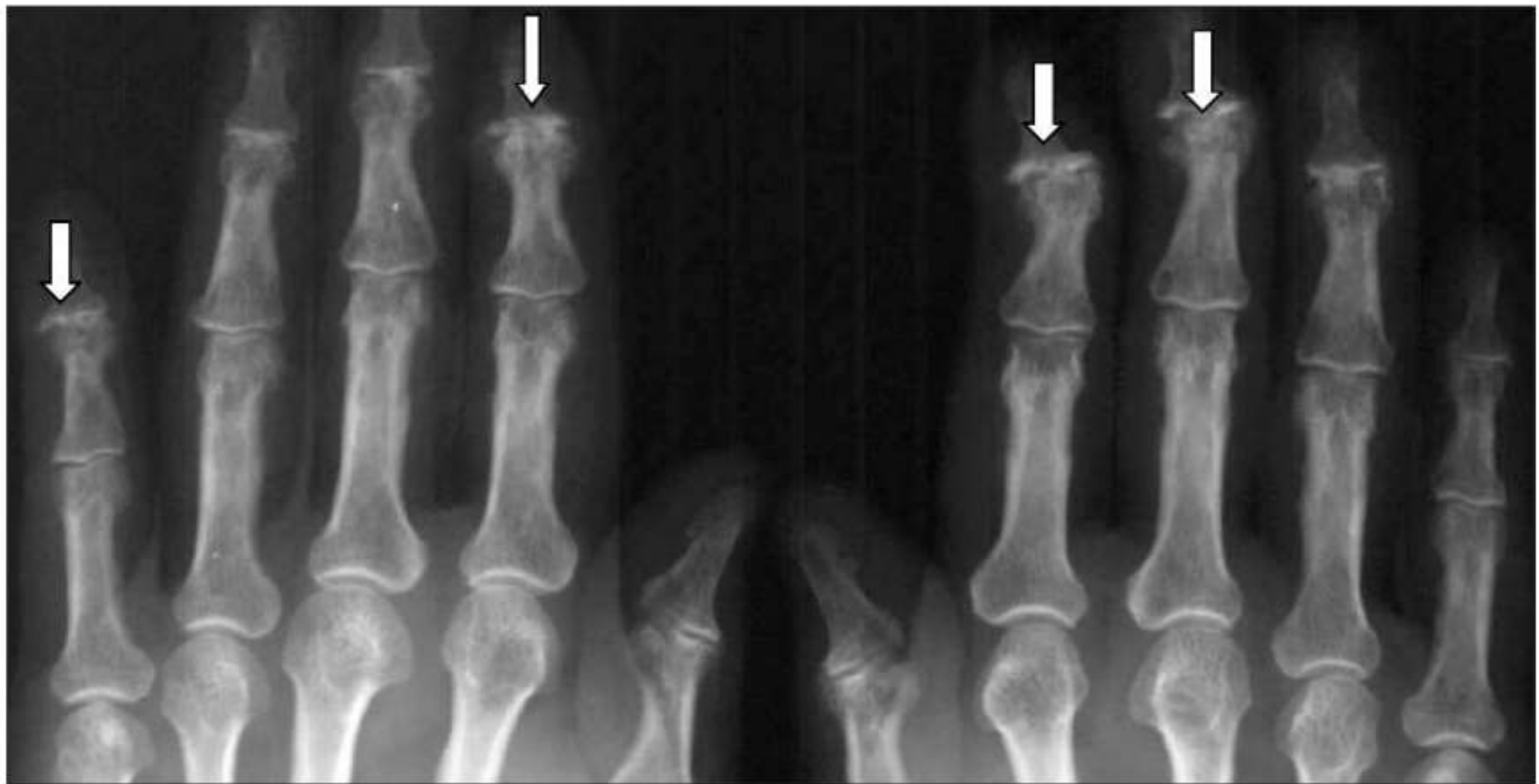


Рис. 25. Фрагмент обзорной рентгенограммы кистей. Узелковая форма ОА.
Эрозии поверхностей дистальных межфаланговых суставов кистей (стрелки)

**Разрежение окружающей псевдоэрозии
костной ткани не наблюдается,
это характерно для истинных эрозий,
выявляемых при ревматоидном артрите,
которые не имеют склеротических изменений
в основании и часто определяются на фоне
околосуставного остеопороза**



Рис. 26. Рентгенограмма коленного сустава в прямой проекции. Деформации медиальных мыщелков бедренной и большеберцовой костей. Варусная деформация коленного сустава. Утолщены и уплотнены мягкие ткани в проекции медиального заворота сустава (стрелки)



Рис. 27. Фрагмент рентгенограммы кисти. Деформации эпифизов дистальных и проксимальных межфаланговых суставов. Утолщены мягкие ткани в V проксимальном межфаланговом суставе (узелок Бушара; стрелки)



Рис. 28. Рентгенограмма коленного сустава в прямой проекции. Деформация медиального мыщелка бедренной кости (тень Пеллегрини—Штиды; стрелка)



Рис. 29. Рентгенограмма тазобедренного сустава в прямой проекции. Деформация бедренной головки на фоне дисплазии тазобедренного сустава. Уплотнение контура суставной поверхности. Выраженный субхондральный остеосклероз



Рис. 30. Рентгенограмма тазобедренного сустава в прямой проекции. Выраженная деформация бедренной головки в верхненаружном отделе сустава. Выраженный субхондральный остеосклероз. Выраженный гиперостоз на краях суставных поверхностей бедренной головки и наружных краях вертлужной впадины

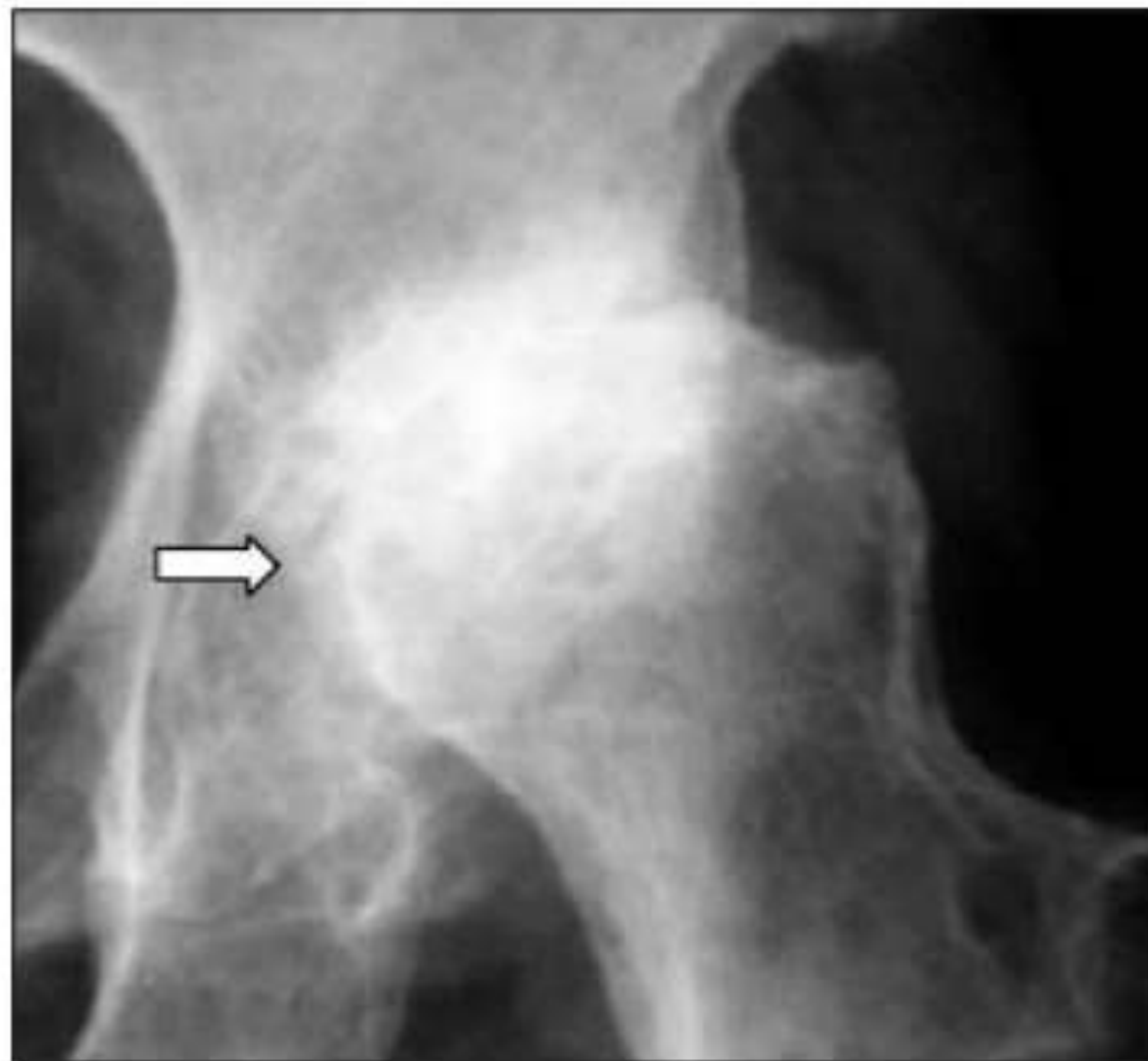


Рис. 31. Рентгенограмма тазобедренного сустава. ОА, стадия 4. Подвывих бедренной кости кверху и кнаружи (стрелка)

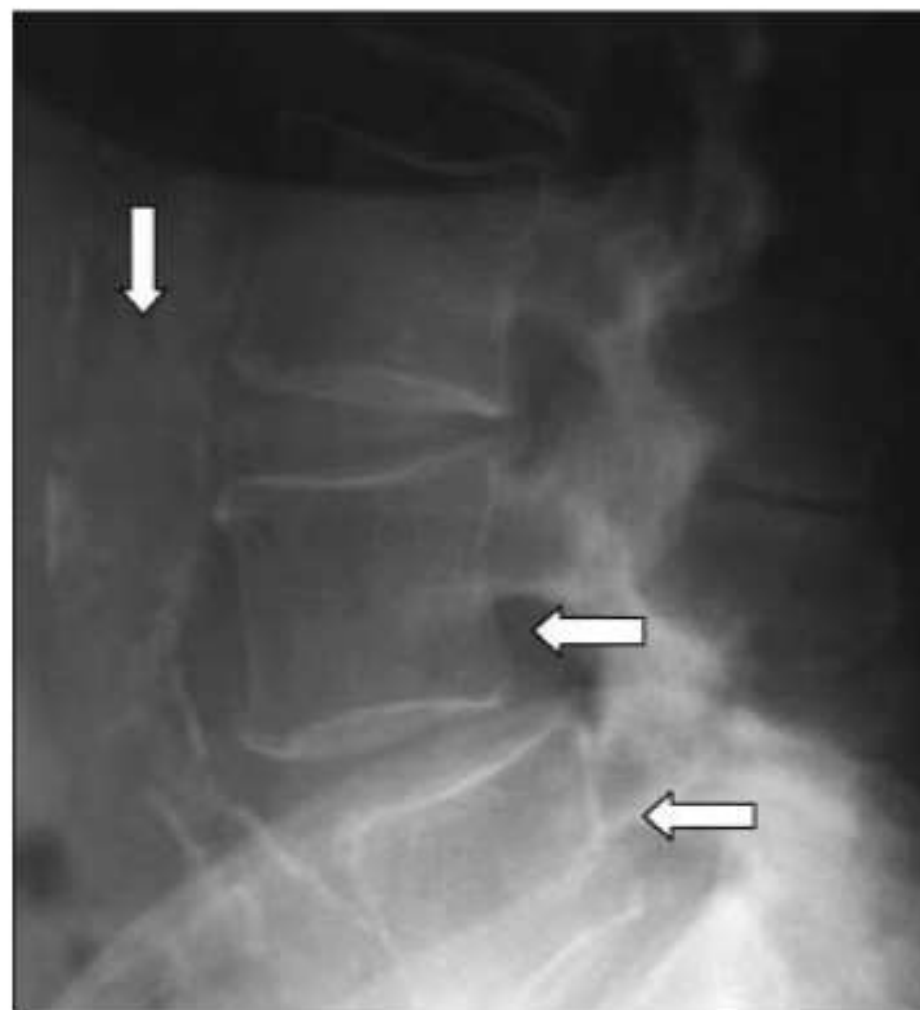


Рис. 33. Рентгенограмма поясничного отдела позвоночника в боковой проекции. Антелистез тел L_{IV-V} . Сужена щель межпозвонкового диска L_{I-II} . Выраженная кальцификация брюшной аорты. Пороз тел позвонков (стрелки)



Рис. 32. Рентгенограмма I плюснефалангового сустава. Вальгусная девиация (*Hallux valgus*). Остеофиты на краях суставных поверхностей. Незначительно сужена щель сустава (стрелка)

Обызвествленные хондромы — могут или образовываться из участков некротизированного суставного хряща и являться фрагментом костной ткани (остеофита), или продуцироваться синовиальной оболочкой.

- обычно хондромы имеют небольшие размеры, различную форму (округлую, овальную, удлинённую) и неравномерную крапчатую структуру, что связано с отложением кальцийсодержащих веществ в хрящевую ткань. Находятся они между суставными поверхностями костей или сбоку от эпифизов костей;

- количество хондром в суставе минимальное (1–2).

В коленном суставе за обызвествленную хондрому можно принять сесамовидную кость (fabella) в подколенной ямке, которая при ОА коленного сустава также меняет форму, положение и размеры. Деформация fabella – один из симптомов ОА коленного сустава.



Рис. 34. Рентгенограмма коленного сустава в боковой проекции. Множественные обызвествленные хондромы (стрелка)



Рис. 35. Рентгенограмма коленного сустава в прямой проекции. ОА. Обызвествленные хондромы (стрелка)



Рис. 37. Рентгенограммы коленных суставов в боковой проекции. Обызвествленные хондромы в проекции зоны Гоффа (стрелка)

Первичный остеоартроз

А. Изолированный ОА.

ОА суставов кистей:

- а) дистальных межфаланговых суставов (узелки Гебердена);
- б) проксимальных межфаланговых суставов (узелки Бушара);
- в) I запястно-пястных суставов;
- г) воспалительный, эрозивный ОА межфаланговых суставов кистей.

ОА I плюснефаланговых суставов.

ОА тазобедренных суставов.

ОА коленных суставов.

Остеохондроз и деформирующий спондилез позвоночника.

ОА межпозвонковых суставов позвоночника.

Диффузный идиопатический гиперостоз скелета – болезнь Форестье.

Б. Генерализованный ОА (болезнь Келлгрена).

Первичный остеоартроз

1. Рентгенологическая суставная щель: неравномерное ее сужение без кальцификации хряща и окружающих мягких тканей. Хрящ быстрее исчезает из зон максимального давления. Костные анкилозы суставов отсутствуют.
2. Костная ткань: минерализация не нарушена (у пожилых людей может выявляться распространенный остеопороз).
3. Деформации костей в виде узелков Бушара или Гебердена в межфаланговых суставах кистей; поражаются «типичные» для первичного ОА суставы.
4. Классические эрозии при ОА отсутствуют. При эрозивном варианте узелковой формы ОА в межфаланговых суставах кистей определяется симптом «летающей чайки» или «перевернутого Т».
5. Медленное прогрессирование патологического процесса. Отсутствуют специфические изменения мягких тканей и ногтей.



Рис. 38. Фрагмент рентгенограммы кисти. Симптом «летающей чайки» в III дистальном межфаланговом суставе (стрелка)



Рис. 39. Фрагмент рентгенограммы кисти. Симптом «перевернутого Т» во II дистальном межфаланговом суставе. И симптом «летающей чайки» в III дистальном межфаланговом суставе (стрелки). Утолщение мягких тканей в области II и III дистальных межфаланговых суставов (узелки Гебердена; стрелки)

Ширина (в мм) рентгенологической суставной щели у взрослых в норме (по Шинцу – Фридлеру):

грудино-ключичный сустав – 3,0–5,0;

плечевой сустав – 2,0–4,0;

локтевой сустав – 4,0;

пястно-фаланговые и межфаланговые суставы – 1,5;

тазобедренный сустав – 4,0–5,0;

коленный сустав – 6,0–8,0;

голеностопный сустав – 3,0;

плюснефаланговые суставы – 2,0–2,5.

Классификация артроза Н.С. Косинской

- **Стадия 1**— начальная. Незначительное сужение суставной щели, как правило, определяемое только при сравнении с симметричным суставом.
- **Стадия 2**— выраженных изменений. Значительное, иногда неравномерное сужение суставной щели – в 2 и более раз по сравнению с нормой. Выраженные краевые костные разрастания. На участках костей напротив наибольшего сужения суставной щели выявляется субхондральный остеосклероз.
- **Стадия 3**— резко выраженных изменений. Практически полное разрушение суставных хрящей. Соприкасающиеся участки костей склерозированы, сочленяющиеся поверхности деформированы, уплощены, соответствуют друг другу, увеличены из-за резко выраженных краевых костных разрастаний. Нередко на фоне остеосклероза появляются очаговые кистовидные образования, являющиеся одним из вариантов функциональной патологической кистовидной перестройки.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СТАДИИ ОСТЕОАРТРОЗА (ПО J. KELLGREN И J. LAWRENCE, 1957)

Стадия 0 – рентгенологических изменений нет.

Стадия 1 – сомнительные изменения: сужения рентгенологической суставной щели нет или определяется небольшое сужение; заострения или небольшие остеофиты на краях суставных поверхностей.

Стадия 2 – минимальные изменения: незначительное сужение суставной щели; небольшие остеофиты на краях суставных поверхностей.

Стадия 3 – умеренные изменения: умеренное сужение суставной щели; множественные небольшие или умеренно выраженные остеофиты на краях суставных поверхностей; незначительный субхондральный остеосклероз; небольшие деформации суставных поверхностей.

Стадия 4 — выраженные изменения: резко выраженное сужение суставной щели; множественные крупные остеофиты на краях суставных поверхностей; выраженный субхондральный остеосклероз; разной степени выраженности деформации эпифизов костей, образующих сустав.

Артрит

воспалительное заболевание сустава, вызванное чаще всего инфекцией, при котором воспаление синовиальной оболочки сустава приводит к патологическому изменению синовиальной жидкости, что может в последствие привести к анкилозу (потере подвижности) сустава.

Причиной артрита могут стать инфекции (в том числе хронические), аутоиммунные заболевания, нарушение обмена веществ, неврологические заболевания, повреждения кожи в области сустава, переохлаждение и ношение неудобной обуви.

Рентгенологические признаки артрита

1. Сужение рентгеновской суставной щели
2. Истончение или разрушение замыкающей костной пластинки в обоих суставных концах
3. Остеопороз суставных концов
4. Деструктивные очаги в субхондральном слое губчатого костного вещества эпифизов

Список использованной литературы

- Косинская Н.С. Дегенеративно-дистрофические поражения костносуставного аппарата.
- Майкова-Строганова В.С., Рохлин Д.Г. Кости и суставы в рентгеновском изображении (конечности)
- Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. Том 1 . М.: Медицина, 1964. — 532 с.
- <https://radiopaedia.org/>