

МЕДИЦИНА

Ф. С. Драмбян и Р. М. Каспарян

Об изменениях в костной ткани при системной склеродермии

(Представлено академиком АН Армянской ССР Л. А. Оганесяном 6/1 1962)

За последние годы проблема коллагеновых заболеваний привлекает все больше внимания как у нас, так и за рубежом (¹⁻⁵ и др.).

Системная склеродермия входит в группу «больших» коллагенозов, к которым относят системную красную волчанку, дерматомиозит, узелковый артериит. В настоящее время довольно подробно описаны клиника и патоморфология этого страдания, изучены лабораторные тесты, разработана терапия. Склеродермия не является болезнью одних только кожных покровов, а лишь кожной проекцией более распространенной общей болезни, в которой принимают участие и ряд других систем (⁶).

Если поражения легких и сердечно-сосудистой системы при системной склеродермии в литературе освещены сравнительно достаточно, то изменения в костной системе пока нуждаются в изучении.

Первое указание на сочетание склеродермии со склеродактилией дано Г. И. Мещерским (⁷).

На поражения костей и суставов при склеродермии указываются в работах Л. А. Леонтьевой (⁸), В. Ф. Саенко-Любарской (⁹), Джосеф и Бойд Симонс (¹⁰), А. И. Нестерова и Я. А. Сигидина (²) и др.

Поражения костей при склеродермии не проявляются ни объективными клиническими симптомами, ни субъективными ощущениями и обнаруживаются только при рентгенологическом исследовании.

В настоящей работе произведено изучение рентгенологической картины изменений в костях у больных с системной склеродермией в разных ее клинических проявлениях.

За последние 6 лет через клинику прошло 20 больных с системной склеродермией, у которых были отмечены в той или иной степени поражения костей. Клинический диагноз у больных подтвержден биопсией кожи (А. Г. Бегларян, О. А. Оганесян). Наблюдавшиеся больные были преимущественно лицами женского пола в возрасте от 25 до 65 лет. Длительность заболевания колебалась: от 3 месяцев до 2 лет у 7 больных, от 2 лет до 7 лет у 13 больных. Из них у одной больной склеродермия раз-

вилась сейчас же после родов, и у одного больного заболевание возникло остро после травмы. У остальных больных связать возникновение заболевания с каким-либо определенным генетическим моментом не удалось. Частыми жалобами больных была скованность в движениях, чувство стягивания во всем теле, покалывания и ощущения холода в конечностях, подергивания, боли в различных отделах туловища.

Патологические изменения в костях при системной склеродермии локализуются преимущественно в периферических отделах верхних и нижних конечностей, причем чаще явления эти выражены у женщин.

У больной В. — 49 лет (давность заболевания 18 лет) при рентгенологическом исследовании обнаружено: равномерный остеопороз тел позвонков грудного и поясничного отделов позвоночника. Площадки тел позвонков подчеркнуты. Костная структура ребер, лопаток не определяется, явления резкого остеопороза; кортикальный слой бедренных костей резко истончен, костно-мозговое пространство расширено. Спонгиозная структура проксимального и дистального отделов эпифизов разрыхлена. Такого же характера изменения имеются и в костях голени. Кортикальный слой большеберцовой и малоберцовой костей спонгиозированы настолько, что кортикальный слой почти не выявляется. Высота рентгеновских суставных щелей коленных суставов резко снижена, расширены межмышцелковые ямки бедренных костей, что указывает на дегенеративные изменения суставных хрящей. Имеется обызвествление левой бедренной артерии. Резчайший остеопороз костей плюсны и предплюсны с обеих сторон. Пяточные кости деформированы таким образом, что пяточная кость на месте прикрепления ахиллова сухожилия вытянута, а бугристость в месте прикрепления сухожилия подошвенных мышц сглажена. Со стороны верхних конечностей имеется выраженный остеопороз подобно нижним, усиливающийся в дистальных отделах. Особенностью наблюдаемого случая является рассасывание дистального конца локтевой кости с обеих сторон; отсутствуют метаэпифизы. Оставшиеся части диафизов заострены. Имеется резкое сужение запястья. Кисти в состоянии максимального выгибания. Ногтевые фаланги спонтанно ампутированы (фиг. 1 А. Б. В.).

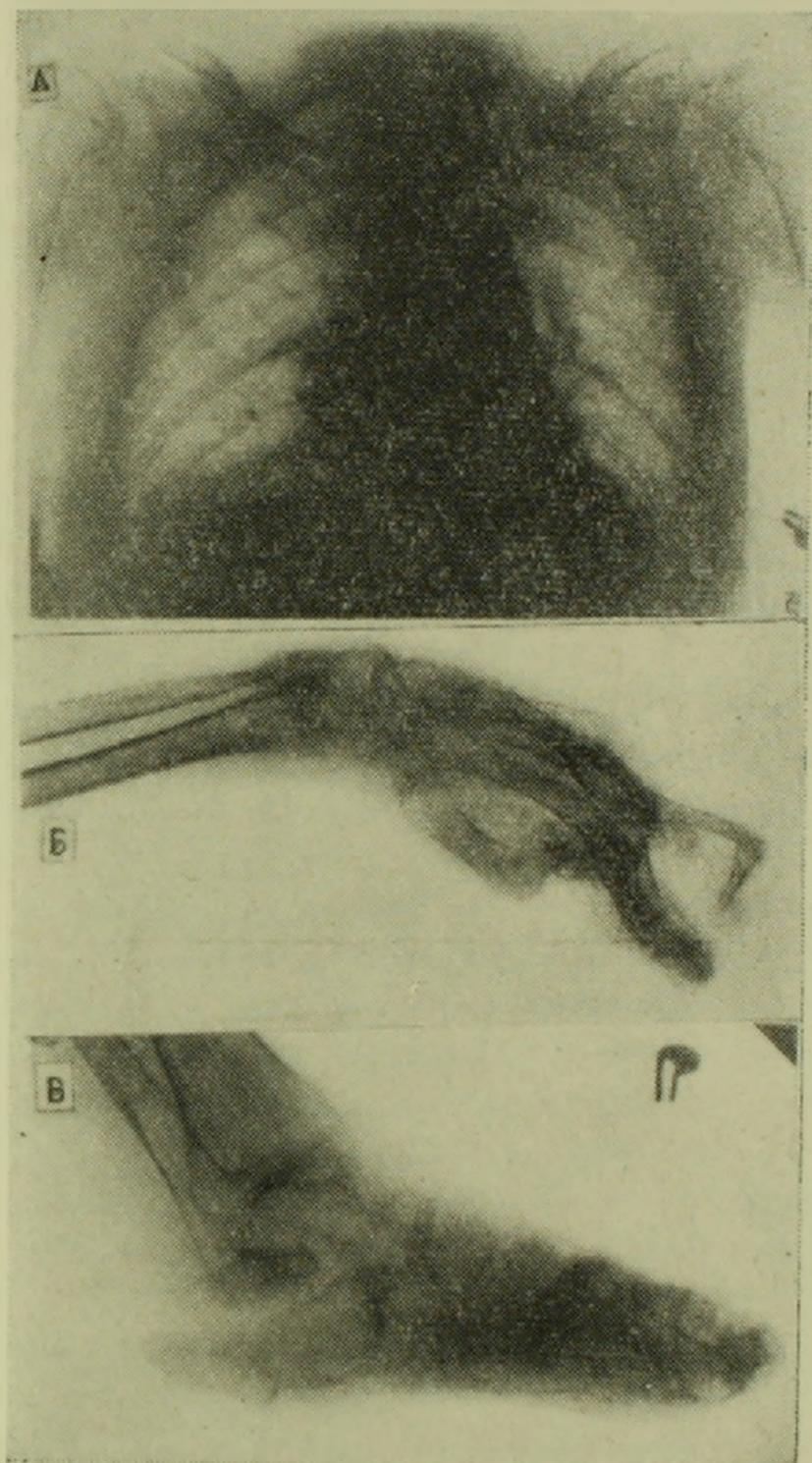
У больной Т. — 37 лет (давность заболевания 5 лет). На снимках кистей (фиг. 2Б) отмечается остеолиз ногтевой фаланги III пальца с ампутацией мягких тканей; процесс переходит и на кортикальный слой средней фаланги. От ногтевой фаланги II пальца остался только тонкий слой основания. Ногтевая фаланга I пальца рассасалась до нижней $\frac{1}{3}$ диафиза кости, с четко выраженным контуром.

Поражения костей характеризуются явлениями остеопороза, остеолиза, мутиляции конечностей. Фаланги их причудливо деформированы, как правило, находятся в состоянии выгибания. Суставные отделы костей в патологический процесс не вовлекаются; не наблюдаются также явления костного анкилоза. Реактивные изменения в костях отсутствуют. Остеосклероз встречается при легких формах склеродермии с хроническим течением, преимущественно в форме увеличения компактности губчатых костей в виде «схарных фаланг» (5). В наших наблюдениях мы этого не

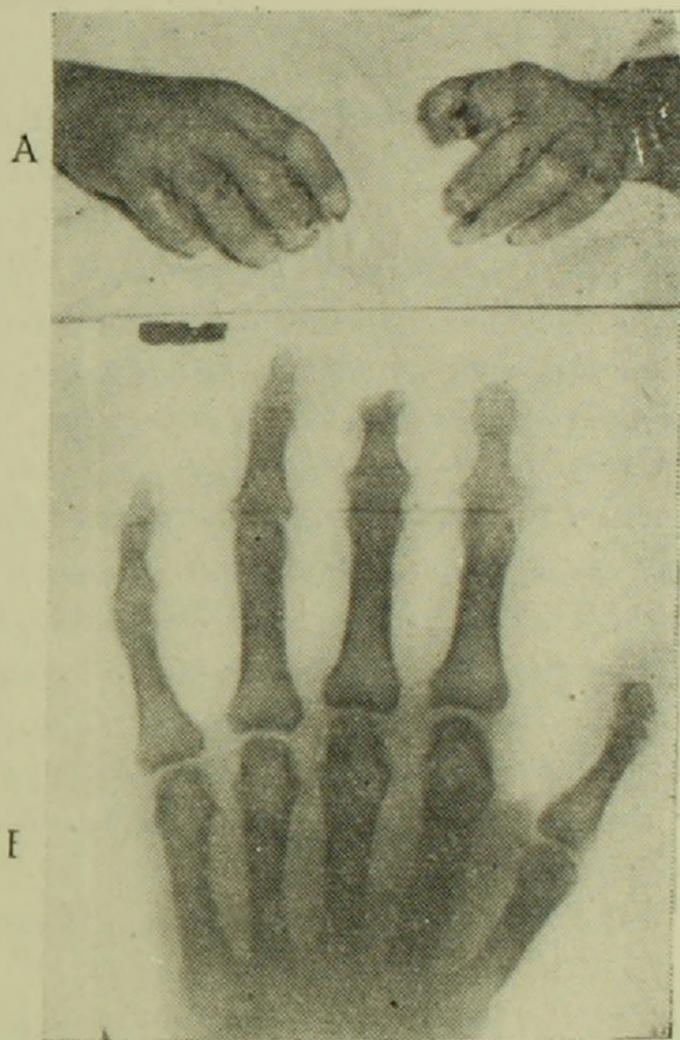
наблюдали. Некроз мягких тканей при склеродермии крайне редкое явление (1 случай из 20 фиг. 2. А).

Наиболее ранним изменением в костях является остеопороз, к которому вскоре присоединяется остеолит. Остается неясным, является ли остеолит самостоятельным или представляет собой лишь крайнюю степень остеопороза (А. И. Нестеров, Я. А. Сигидин (2)). Возможно, это фазы одного и того же процесса — выраженного декальциноза. Коста и Папанти (11) считают возможным самостоятельное проявление остеолита.

Из 20 наблюдавшихся нами больных остеопороз дистальных отделов конечностей констатирован у 3 женщин, в возрасте от 46 до 65 лет. Остеолит фаланг наблюдался у 5 женщин в возрасте от 29 до



Фиг. 1. Больная В.—49 лет. А—равномерный остеопороз ребер; Б—деформация, остеопороз, остеолит кисти; В—деформация, остеопороз, частичный остеолит стопы.



Фиг. 2. Больная Т.—37 лет. А—склеродактилия; отек и некроз I—II фаланги левой руки; Б—остеолит.

46 лет. Смешанные изменения наблюдались у 4 женщин в возрасте от 37 до 38 лет. У 8 больных костные изменения отсутствовали, несмотря на отчетливо выраженные клинические проявления болезни. В последнюю группу входят 4 мужчины и 4 женщины, в возрасте от 26 до 36 лет.

Выводы. 1. При системной склеродермии, наряду с поражением кожи и внутренних органов, в патологический процесс вовлекается также и костная система.

2. Поражения в костной системе проявляются в виде остеопороза и остеолита.

3. Изменение костей при склеродермии не сопровождается фиброзно-костным анкилозом.

4. Отмечается несоответствие между активностью склеродермического процесса и рентгенологической картиной изменений в костной системе.

Ереванский медицинский институт.
Пропедевтическая терапевтическая клиника
и рентгенологическое отделение
II клинической больницы

Ֆ. Ս. ԴՐԱՄՓՅԱՆ և Ռ. Մ. ԳԱՍՊԱՐՅԱՆ

Ոսկրային հյուսվածքի փոփոխությունները սիստեմային սկլերոզերմիայի ժամանակ

Վերջին տարիներում կուրագենային հիվանդությունների պրոբլեմով զբաղվում են ինչպես հայրենական, այնպես և արտասահմանյան հեղինակները (1—5 և ուրիշները):

Սիստեմային սկլերոզերմիան զատվում է կուրագենոզների շարքին, որի մեջ մտնում են նաև կարմիր գալլախտը, դերմատոմիոզիտը:

Ոսկրային հյուսվածքի փոփոխությունները դրականության մեջ դեռևս քիչ են ուսումնասիրված: Ոսկրային հյուսվածքի փոփոխությունները շեն հայտնաբերվում կլինիկական ու սուր-եկտիվ քննության մեթոդներով: Այդպիսի փոփոխությունները հայտնաբերվում են ռենտգենոլոգիական քննությունների միջոցով: Վերջին վեց տարիների ընթացքում կլինիկայում մենք ուսումնասիրել ենք սկլերոզերմիայով տառասյող 20 հիվանդներ, որոնց մոտ դիագնոզը հաստատվել է նաև մաշկի բիոպսիայով (դոց. Ա. Գ. Բեդլարյան, Հ. Ա. Հովհաննիսյան):

Ուսումնասիրված հիվանդների տարիքը եղել է 25—65 տարեկան, ըստ որում հիվանդների մեծ մասը եղել են կանայք: Ըստ հիվանդության վաղեմիության, հիվանդները բաժանվել են հետևյալ կերպ.

Երեք ամսականից մինչև 2 տարեկան 7 հիվանդներ, 2-ից մինչև 7 տարեկան 13 հիվանդներ:

Պաթոլոգիական փոփոխությունները ոսկրերում տեղակայվում են բացարձակապես վերին և ստորին ծայրանդամների ծայրամասային հասվածում, ըստ որում այդ երևույթները ավելի ուժեղ են արտահայտվել կանանց մոտ: Ոսկրերի ախտահարումը բնորոշվում է ոսկրի ծակոտկենության առաջացումով, քայքայումով, ծայրանդամների խեղումի առաջացումով: Միայն մեկ հիվանդի մոտ մենք դիտել ենք փափուկ հյուսվածքների նեկրոզ:

Ծայրանդամների հեռավոր մասերի օստեոպորոզ (ոսկրի ծակոտկենություն) նշվել են 3 կանանց մոտ, 46—65 տարեկան: Ֆալանգների քայքայում նկատվել է 5 կանաց մոտ 29—46 տարեկան: Ոսկրային խառը փոփոխություններ նկատվել են 4 կանանց մոտ 37—38 տարեկան: 8 հիվանդների մոտ ոսկրային փոփոխությունները բացակայել են, շնայած հիվանդության արտահայտված կլինիկական ընթացքին: Այդ խմբի մեջ են մտնում 4 կանայք և 4 տղամարդ 26—36 տարեկան:

1. Սիստեմային սկլերոզերմիայի ժամանակ մաշկի, ներքին օրգանների ախտահարումներին զուգրեթե, պաթոլոգիական պրոցեսի մեջ ընդգրկվում են նաև ոսկրային սիստեմը:

2. Ոսկրային ախտահարումը արտահայտվում է ոսկրերի ծակոտկենությամբ և նրա քայքայումով:

3. Ոսկրային փոփոխությունները սկլերոզերմիայի ժամանակ չեն ուղեկցվում ֆիբրոզ ոսկրային անշարժությամբ:

4. Նկատվում է ոչ համասպասանություն սկլերոզերմիկ պրոցեսի ակտիվության և ոսկրային սիստեմի ռենտգենոլոգիական փոփոխությունների մեջ:

Л И Т Е Р А Т У Р А — Գ Ր Ա Կ Ա Ն Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ը

- ¹ *Е. М. Тареев*, Тер. архив № 5, стр. 5—19, 1959 ² *А. И. Нестеров* и *Я. А. Сигидин*, Клиника коллагеновых болезней М., 1961. ³ *А. И. Струков*, Вестн. АМН СССР, № 3, стр. 8—18, 1959. ⁴ *П. Клемперер*, J. A. M. A. V. 119, p 331, 1942 ⁵ *М. Л. Орабона* и *Албано*, Acta medico Scandinavica V. 160, suppl. 333, p. 104, 1958. ⁶ *С. А. Рейнберг*, Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. Стр. 606 М. 1955. ⁷ *Г. И. Мещерский*, Случай общей склеремы с мутилирующей склеродактилией. Харьков, 1909. ⁸ *Л. А. Леонтьева*, Сборник научных трудов Обуховской больницы. Стр. 371. М. 1922. ⁹ *В. Ф. Саенко-Любарская*, Склеродермия. М. 1955, ¹⁰ *А. Джосеф* и *Бойд-Симонс*, Arch. of internal med. v. 94, 2, p 248—258. ¹¹ *Ф. Коста* и *Л. Пананти*, Reumatismo. v. 7. p. 180, 1955.