

THE USE OF THE METHOD OF REGIONAL RADIOSPIROMETRY AND RADIOPERFUSION IN THE EXAMINATION OF PATIENTS WITH CHRONIC NONSPECIFIC DISEASES OF THE LUNGS

The modern method of radiospirometry and radioperfusion, its role and diagnostic value in pulmonology is discussed.

The regional ventilation and alveolar perfusion in patients with chronic nonspecific diseases of the lungs were studied. It was shown that the disturbances of perfusion in patients with such pathologies are mainly observed in the upper zones of the lungs.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Выренкова Н. Ю. Автореф. дис. канд. М., 1980.
2. Обухов Н. В. Изотопы в пульмонологии. М., 1982.
3. Корсунский В. Н., Дмитриченко Д. П., Грибова О. А. В кн.: Мед. радиология. М., 1973, с. 25.
4. Karvonen Y., Ahonen A., Kari-Koskinen O. et al. Adv. Physiol. Sci., 1981, 10, 231.
5. Söviljärvi A., Fajunen Y., Turjanmaa V., Uusitalo A. Ann. Clur. Res., 1986, 18, 160.

УДК 616.5—004.1

Ф. С. ДРАМПАН

СУСТАВНОЙ СИНДРОМ И КОСТНАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

Методом рентгенологического исследования изучался суставной синдром при системной склеродермии. Выявлена деструкция костной ткани преимущественно пальцев верхних конечностей, что имеет дифференциально-диагностическое значение.

Среди группы ревматических заболеваний системная склеродермия (ССД) занимает особое место по своеобразию выраженности фиброзно-склеротических изменений системного характера [4, 5]. Одним из наиболее частых и ранних проявлений ССД является суставной синдром. Из субъективных признаков болезни необходимо указать на артралгию, которая предшествует кожным изменениям. Локализуясь преимущественно в мелких суставах, она становится причиной ошибочного диагноза, чаще всего ревматизма или ревматоидного артрита [3, 5]. Помимо артралгии, суставной синдром может проявляться в виде ревматоидного полиартрита, псевдоартрита наличием видимой деформации суставов и контрактур за счет склеротических или фиброзных изменений периартикулярных тканей, мышц и кожи без рентгенологически выявляемого поражения суставов [1, 7]. Дифференциально-диагностические затруднения возникают также при «перекрещивающихся синдромах» при коллагенозах и близких к ним состояниях (склеродермический полиартрит ревматоидного типа или ревматоидоподобный полиартрит). Важно указать также, что при ССД отсутствует постоянство морфологической картины, свойственной для ревматоидного артрита. Синовиальная оболочка теряет

свою эластичность и становится плотной. Склероз и гиалиноз синовиальных оболочек носят характер бесклеточного склероза [4].

В настоящей работе поставлена задача изучить клинико-рентгенологические изменения костной ткани у больных ССД с наличием суставного синдрома. Обследовано 23 больных ССД с преимущественным поражением косто-суставной системы (в основном женщины в возрасте 25—48 лет). Давность заболевания колебалась: от 3 месяцев до 2 лет—у 9, от 2 до 7 лет—у 14 больных. У одной больной склеродермия развилась после родов и в одном случае—после травмы. У остальных больных связи возникновения заболевания с каким-либо определенным генетическим моментом не установлено. Больные жаловались на скованность в движениях, чувство стягивания во всем теле, покалывания и ощущения холода в конечностях. Подострое течение заболевания имело место у 6, хроническое—у 17 больных. С I стадией ССД (по классификации Н. Г. Гусевой [1]) было 4, со II—16 и с III—3 больных. Диагноз ставился с учетом критериев, принятых Американской ревматологической ассоциацией, на основании данных рентгенологического обследования, кожных биоптатов, а также лабораторных исследований. Результаты этих исследований использовались для оценки характера течения, степени тяжести заболевания и активности процесса.

Экссудативные явления в суставах при ССД наблюдались нами сравнительно редко. Наиболее часто встречались поражения кистей и пальцев верхних конечностей с затруднением движений в суставах. В ряде случаев обнаруживалось анкилозирование суставов, которое сопровождалось деформацией, скованностью и ограниченностью движений пальцев. Подобные изменения характерны для больных с II—III степенью активности склеродермического процесса с большой давностью заболевания.

У 5 больных, находившихся под длительным наблюдением, выявлены пролиферативно-альтеративные изменения с анкилозированием и деформацией суставов. Нередко выявляются подвывих в пястнофаланговых суставах, сгибательная контрактура пальцев, деформация стоп с резким искривлением пальцев.

Из общего числа наблюдавшихся нами больных остеопороз дистальных отделов конечностей выявлен у 3, остеолит фаланг—у 8, смешанные изменения (остеолиз, остеопороз, сужение суставных щелей, анкилозирование)—у 9 больных. У 3 больных с минимальной активностью процесса костные изменения отсутствовали несмотря на отчетливо выраженные клинические проявления суставного синдрома, развившиеся на фоне ССД.

Из данных литературы [6] следует, что остеосклероз встречается при легких формах склеродермии с хроническим течением, преимущественно в форме увеличения компактности губчатых костей в виде «сахарных фаланг». В наших исследованиях мы этого не наблюдали. Некроз костной ткани пальцев выявлялся крайне редко (1 случай из 23).

Наиболее ранние изменения проявляются при остеопорозе, к которому в дальнейшем присоединяется остеолит. Вопрос, является ли

остеолиз самостоятельным или представляет собой крайнюю степень остеопороза, до конца не выяснен [3, 6—8]. Остеолиз костей обнаружен нами у большинства больных с I—III степенью активности склеродермического процесса, что имеет большое диагностическое значение [1]. Наиболее часто диагностические затруднения возникают при ревматоидном артрите, когда ревматоидные узелки располагаются главным образом в области локтевых суставов [2], что отсутствует при ССД. Поражение костной ткани связано не столько с суставной патологией, сколько с сосудисто-трофическими нарушениями и микроциркуляторными изменениями [1, 2].

Полнартралгии являются наиболее частым проявлением суставного синдрома. Они наблюдались у 18 (из 23) больных, являясь одним из первых, синдромов ССД, и носили рецидивирующий характер.

Таким образом, тщательный анализ клинико-рентгенологических данных при ССД позволяет отметить наличие суставного синдрома с деструкцией (остеолиз, остеопороз) костной ткани преимущественно пальцев верхних конечностей, что имеет дифференциально-диагностическое значение.

Ереванский медицинский институт

Поступила 26/X 1988 г.

Յ. Ս. ԴՐԱՄՅԱՆ

ՀՈԴԱՅԻՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇԸ ԵՎ ՈՍԿՐԵՐԻ ՔԱՅՔԱՅՈՒՄԸ ՍԻՍՏԵՄԱՅԻՆ ՍԿԼԵՐՈԴԵՐՄԻՄԻԱՅԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Հոդային համախտանիշը համարվում է ամենից հաճախ և վաղ կլինիկական արտահայտությունը սիստեմային սկլերոդերմիայի (ՍՍԴ) ժամանակ:

Ուսումնասիրվել են 23 հիվանդներ, որոնց մոտ առավելագույն արտահայտված է ոսկրահոդային արտահայտումը:

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ բազմապիսի հոդերի արտահայտումը ՍՍԴ-ի ժամանակ նկատվել է հիվանդների մեծամասնության մոտ: Կլինիկատենոգենոլոգիական տվյալները ցույց են տվել հոդային համախտանիշի առկայությունը գլխավորապես վերին վերջույթների մատների ոսկրերի քայքայումով:

Սիստեմային սկլերոդերմիայի ժամանակ նկատվող հոդային համախտանիշը ունի տարբերակիչ ախտորոշիչ նշանակություն:

F. S. DRAMPIAN

THE ARTICULAR SYNDROME AND BONE DESTRUCTION AT SCLERODERMIA SYSTEMATICA

By the method of roentgenologic investigation the articular syndrome has been investigated at sclerodermia systematica.

The destruction of the bone tissue, particularly of the upper extremities' fingers is observed, which has a differential diagnostic significance.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Гусева Н. Г. Системная склеродермия. М., 1975.
2. Насонова В. А., Алекберова З. С. и др. Тер. архив, 1988, 7, с. 98.

3. Сигидин Я. А. Клиника коллагеновых болезней. М., 1961.
4. Струков А. И., Бегларян А. Г. Патологическая анатомия и патогенез коллагеновых болезней. М., 1968.
5. Тареев Е. М. Коллагенозы. М., 1965.
6. Orabona, Albano. Acta medico Scandinavica, 1958, 160, 333, 104.
7. Piper W. N., Helwig E. B. Arch. dermat., 1955, 72, 535.
8. Jakubowska K., Rondio H. et al. Rheumatologia (Warsz), 1970, 8, 1, 11.

УДК 618.17—073.75

К. Р. ТАРХАНОВА

АНГИОГРАФИЯ В СЕКСОПАТОЛОГИИ (обзор литературы)

Приведен обзор литературы по вопросу о применении ангиографического метода диагностики в сексопатологии. Описана история развития метода селективной катетеризации внутренней подвздошной артерии первоначально в онкологии и хирургии, а впоследствии в сексопатологии. Дано описание современных методов контрастирования артерий квернозных тел, обсуждены их преимущества и недостатки.

Внутренняя подвздошная артерия и ее ветви кровоснабжают органы малого таза, поэтому с помощью контрастирования ее возможно диагностировать и дифференцировать заболевания половых органов, мочевого пузыря, простаты и др. Контрастирование внутренней подвздошной артерии и ее ветвей достигается различными путями. При первых попытках ангиографического исследования органов малого таза контрастное вещество вводили в брюшную аорту. В настоящее время основным является метод селективной катетеризации, позволяющий зондировать как внутреннюю подвздошную артерию, так и любой из ее притоков.

Первое сообщение по поводу селективной катетеризации внутренней подвздошной артерии сделал Mikaelsson [21]. С целью селективного контрастирования внутренней подвздошной артерии автор использовал многоизгибные полиэтиленовые катетеры. В 1966—1974 гг. появилось несколько работ по описанию оригинальных методов селективной катетеризации этих сосудов: использование специального металлического проводника [30], применение дважды изогнутого полиэтиленового катетера [5], использование катетера Jadkins № 6, обычно применяемого для катетеризации левой коронарной артерии [14]. По мнению А. Глава и соавт. [2], катетеры для зондирования внутренней подвздошной артерии и ее ветвей должны иметь форму девиаций этих артерий, и желательно, чтобы изготовлялись из трубок фирмы Kifa зеленого цвета.

Доступ к внутренней подвздошной артерии может быть самым разным. Rossi, Verdu [26], Geller, Gallen [12], Hald и Mygind [14] применяли чрезбелочный доступ и катетеризировали внутреннюю подвздошную артерию противоположной стороны, в то время как Altemus [5], А. Глава и соавторы [2] устанавливали катетер во внутренней подвздошной артерии той же стороны. Kuss и др. [18] использовали чрезподмышечный способ проведения катетера и считали, что он дает