

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

М.І. Спужак,
І.О. Олійник

Харківська медична академія
післядипломної освіти,

ДУ «Інститут дерматології
та венерології АМН України»,
Харків

Зміни кісток і суглобів при артропатичному псоріазі за даними рентгенологічного дослідження

X-ray changes in the bones and joints
in arthropathic psoriasis

Цель работы: Изучение особенностей рентгенологических проявлений поражений костно-суставного аппарата при псориазе.

Материалы и методы: Рентгенологическое обследование было проведено 136 больным в возрасте 16–64 лет (85 мужчин и 51 женщина), в динамике в условиях клиники ГУ «Институт дерматологии и венерологии АМНУ». Рентгенологическое исследование осуществлялось лишь при наличии болевого синдрома и включало рентгенографию позвоночника, кистей, стоп, таза, тазобедренных, коленных, голеностопных, лучезапястных, плюсовых и, иногда, плечевых и локтевых суставов.

Результаты: Изолированные воспалительные признаки поражений костей и суставов выявлены у 29 пациентов (21,3 %) с артропатическим псориазом; изолированные дегенеративно-дистрофические поражения — у 14 (10,3 %); сочетанные (воспалительные и дегенеративно-дистрофические) — у 93 (68,4 %), то есть в значительном большинстве случаев они сочетались. Таким образом, поражению костей и суставов при псориазе свойственны своеобразные особенности (полиартикулярность, преобладающая локализация в суставах кистей и стоп, а также крестцово-подвздошных сочленениях, сочетание воспалительных и дегенеративно-дистрофических изменений и т.п.).

Выводы: Костно-суставный псориаз (артропатический) проявляется в 3 формах заболевания: воспалительной (псориатический артрит), дегенеративно-дистрофической (псориатический артроз и псориатическая остеоартропатия) и сочетанной. Определение формы и рентгенологических признаков поражения костей и суставов при псориазе будет способствовать проведению адекватной терапии, а также имеет существенное значение при экспертизе трудоспособности больных.

Ключевые слова: артропатический псориаз, рентгенодиагностика.

Objective: To study the peculiarities of manifestations of lesions in the osseo-articular apparatus in psoriasis.

Material and Methods: Dynamic x-ray investigation was performed in 136 patients aged 16-64 (85 men and 51 women) at Institute for Dermatology and Venereology (Academy of Medical Sciences of Ukraine). X-ray investigation was done when pain syndrome was present. It included radiography of the spine, hands, feet, pelvis, hip, knee, ankle, radiocarpal, metatarsal and sometimes shoulder and elbow joints.

Results: Isolated inflammatory signs of the bone and joint lesions were revealed in 29 (21.3%) patients with arthropathic psoriasis, those of isolated degenerative dystrophic lesions in 14 (10.3%) patients, combined (inflammatory and degenerative-dystrophic lesions) in 93 (68.4%) patients, that is in the majority of cases they were combined. Thus, bone and joint lesions are characterized by their peculiar signs (multiple joint involvement, location in the joints of the hands and feet as well as hip joints, combination of inflammatory and degenerative-dystrophic changes).

Conclusion: Osseoarticular psoriasis (arthropathic) manifests in three forms of the disease: inflammatory (psoriatic arthritis), degenerative-dystrophic (psoriatic arthrosis, psoriatic osteoarthropathy) and combined. Determining the disease and x-ray signs of the bone and joint lesions in psoriasis can promote adequate therapy as well as is important in patient's performance expertise.

Key words: arthropathic psoriasis, x-ray diagnosis.

Мета роботи: Вивчення особливостей проявів уражень кістково-суглобового апарату при псоріазі.

Матеріали і методи: Рентгенологічне обстеження в динаміці було проведено 136 хворим віком 16–64 роки (85 чоловіків і 51 жінка) в умовах клініки ДУ «Інститут дерматології і венерології АМН України». Рентгенологічне дослідження виконували за наявності болювого синдрому. Воно охоплювало рентгенографію хребта, кистей, стоп, таза, тазостегнових, колінних, гомілково-востопних, променевоzap'ясткових, плеснових та, інколи, плечових і ліктьових суглобів.

Результати: Ізольовані запальні ознаки уражень кісток і суглобів виявлено в 29 (21,3 %) пацієнтів з артропатичним псоріазом і ізольовані дегенеративно-дистрофічні ураження — в 14 (10,3 %); поєднані (запальні і дегенеративно-дистрофічні) — в 93 (68,4 %), тобто в переважній більшості випадків вони поєднувалися. Таким чином, ураженню кісток і суглобів властиві своєрідні особливості (поліартикулярність, локалізація переважно в суглобах кистей і стоп та крижово-клубових зчленуваннях, поєднання запальних і дегенеративно-дистрофічних змін і т. ін.).

Висновки: Кістково-суглобовий псоріаз (артропатичний) проявляється в трьох формах захворювання: запальній (псоріатичний артрит), дегенеративно-дистрофічній (псоріатичний артроз, псоріатична остеоартропатия) та поєднаній. Визначення захворювання і рентгенологічних ознак ураження кісток і суглобів при псоріазі сприятиме проведенню адекватної терапії, а також матиме істотне значення при експертизі працездатності хворих.

Ключові слова: артропатичний псоріаз, рентгенодіагностика.

Артропатичний псоріаз — збірне поняття, яке включає в себе зміни кісток і суглобів при лускатому лишаї і характеризується особливо вираженим поліморфізмом клінічних проявів,

різними взаємовідношеннями основних синдромів та варіабельністю початкових ознак. Це захворювання має настільки яскраві та різноманітні прояви, насамперед суглобового синд-

рому, які в сукупності не визначаються при жодному іншому захворюванні. Це спричиняє певні труднощі у правильному та вчасному його виявленні.

Частість уражень кістково-суглобового апарату при псоріатичній хворобі, за даними різних дослідників, варіює від 1 до 61 % [1–4]. Такий значний діапазон розкиду значень показників поширеності кістково-суглобових уражень, можливо, пояснюється відмінностями у методологічних підходах до вивчення розповсюдженості даної патології, а також тим, що при псоріазі виділяють поняття «псоріатична артропатія» та «псоріатичний артрит», які охоплюють різні клініко-анатомічні прояви (артралгії, синовіально-кісткові артрити, артрози) [5, 6].

Променеві методи дослідження, зокрема рентгенологічний, — єдині у прижиттєвій візуалізації змін кісток і суглобів при псоріазі, а також у диференційній діагностиці різних проявів артропатичного псоріазу. Метою даної роботи було вивчення особливостей рентгенологічних проявів уражень кістково-суглобового апарату при псоріазі.

Методика дослідження

Рентгенологічне обстеження проводили 136 хворим віком від 16 до 64 років (85 чоловіків і 51 жінка), у динаміці, лише за наявності більшого синдрому, в умовах клініки ДУ «Інститут дерматології та венерології (ІДВ) АМНУ». Воно охоплювало рентгенографію хребта, кистей, стоп, таза, кульшових, колінних, гомілковостопних, променевоzap'ясткових, плеснових та, інколи, — плечових і ліктьових суглобів.

За відсутності рентгенологічних змін у суглобах верхніх кінцівок виконували рентгенографію шийного відділу хребта, а при відсутності їх і у суглобах нижніх кінцівок — його груднопоперекового відділу.

Аналізуючи знімки суглобів, вивчали стан суглобової щілини, замикаючих пластинок, структури епіфізів, взаємовідношень між суглобовими поверхнями, а також м'яких періартикулярних тканин, а вивчаючи рентгенограми хребта, звертали увагу на стан тіл хребців (форму, розміри, структуру, контури і замикаючі пластинки), міжхребцевих просторів, дужок відростків, дуго-відросткових і крижово-клубових суглобів, осі хребта, а також взаємовідношення між хребцями та м'яких паравертебральних тканин. У деяких випадках проводили функціональну рентгенографію хребта.

Результати та їх обговорення

На підставі ретельного аналізу рентгенограм кістково-суглобового апарату встановлено, що зміни в суглобах при псоріазі мали різний характер, чи то запальний (псоріатичний арт-

рит), чи то дегенеративно-дистрофічний (псоріатичний артроз, псоріатична остеоартропатія), чи то поєднання їх. Частіше ці зміни виявлялися в суглобах стоп (у 85 хворих), кистей (78), клубово-крижових зчленуваннях (78), рідше — в гомілковостопних (31) і колінних (8).

У кульшових, плечових і ліктьових суглобах ознак запалення ми не виявили.

Найважчою і найпоширенішою формою артропатичного псоріазу був псоріатичний артрит (ПА), який рентгенологічно проявлявся:

- нерівномірним звуженням суглобової щілини аж до повного її зникнення;
- стоншенням, нечіткістю, частковим або повним зруйнуванням замикаючих пластинок;
- крайовою деструкцією (узурами);
- остеопорозом епіметафізів;
- періостальними нашаруваннями;
- вивихами та підвивихами;
- кістковими анкілозами;
- стовщенням, підвищенням інтенсивності і втратою структури періартикулярних м'яких тканин.

Зазначені ознаки траплялися не ізольовано, а в поєднанні, причому їх частість і ступінь вираженості залежали від тривалості й активності патологічного процесу.

У початкових стадіях ПА виявлялися зміни м'яких періартикулярних тканин — стовщення і підвищення інтенсивності та втрата структури, крайова резорбція горбистостей дистальних фаланг кистей і стоп у вигляді узур, які чергувалися з новим кісткоутворенням у вигляді кісткових розростань, що досить характерно для ПА і зумовлено ураженням нігтьових пластинок при псоріазі.

У разі прогресування патологічного процесу в суглобах виявлялося нерівномірне звуження суглобової щілини аж до її повної відсутності, часткове або повне руйнування епіфізів, підвивихи, вивихи, анкілози. Остеопороз при ПА визначали рідше, ніж груботрабекулярну перебудову і спостерігали при значному зниженні функції суглобів.

Ознаки запалення суглобів виявлено переважно в суглобах кистей, стоп, причому останні уражувалися частіше. Так, наприклад, зі 136 хворих зміни в плеснофалангових суглобах

відмічали у 71, проксимальних міжфалангових суглобах стоп — у 62, у дистальних міжфалангових суглобах — у 68. У п'ястково-фалангових суглобах рентгенологічні симптоми артриту виявлено в 62 хворих, у проксимальних міжфалангових — у 54, у дистальних — у 51 хворого. Крайову резорбцію горбистостей дистальних фаланг відзначали частіше у стопах (у 63 пацієнтів), ніж у кистях (у 49). При вивченні рентгенологічних ознак ПА нами виявлені деякі особливості залежно від локалізації.

Так, зміни в крижово-клубових зчленуваннях виявлені в 88 хворих на ПА (65 %). Встановлено, що більш ніж у половині випадків процес був двобічним. Псоріатичний сакроілеїт рентгенологічно проявлявся нерівномірним звуженням суглобової щілини, аж до її повного зникнення у деяких хворих, нерівномірністю, нечіткістю, частковим або повним руйнуванням замикаючих пластинок та ознаками субхондрального склерозу, наявність якого є характерною рисою сакроілеїту при псоріазі (рис. 1).

Сакроілеїт найчастіше поєднувався із запаленням суглобів нижніх кінцівок, зокрема стоп. І тільки в 3 випадках він був єдиним проявом ПА. При затиханні запального процесу в крижово-клубових зчленуваннях формувалися кісткові анкілози.

Нами відмічено, що зміни в суглобах кистей і стоп були двобічними, але не строго симетричними. Траплявся як поперечний тип ураження (артрит у плесно-фалангових суглобах при нормальній рентгенологічній картині міжфалангових суглобів), так і поздовжній (артрит у п'ястково-фаланговому і міжфалангових суглобах одного пальця при нормальній рентгенологічній картині суглобів інших пальців), та змішані типи ураження суглобів кистей і стоп.

Вивихи та підвивихи частіше визначали в суглобах стоп (62 хворих), ніж кистей (41), переважно в плесно-фалангових суглобах, із зміщенням пальців назовні.

При псоріатичних гонітах рентгенологічно деструктивних змін епіфізів колінного суглоба не виявлено, проте часто визначали гіперостози в метадіафізах стегнових і великогомілкових кісток.

У гомілковостопних суглобах мало місце збільшення об'єму та інтенсивності із втратою

структури періартикулярних м'яких тканин. Такі зміни були досить постійними і спостерігалися протягом багатьох років. Як показали дослідження, ПА починається з синовіту — запалення синовіальної оболонки з випотом в суглоб, який згодом трансформується в панус, що призводить до тривалого стовщення м'яких тканин і виникнення крайових узур у



Рис. 1. Рентгенограма таза хворої Ж. Двобічний сакроілеїт. У крижово-клубових зчленуваннях відмічаються його ранні ознаки

Fig. 1. Patient Zh., x-ray film of the pelvis. Bilateral sacroileitis. Hip joints with its early signs



Рис. 2. Рентгенограма стоп хворої О. Діагноз: псоріатичний артрит. Визначається звуження суглобових щілин, крайова деструкція голівок II-V плеснових кісток, підвивихи пальців назовні, крайова деструкція міжфалангових суглобів перших пальців, деструкція суглобових поверхонь міжфалангових суглобів, крайова резорбція горбистостей дистальних фаланг з кісткоутворенням

Fig. 2. Patient O., x-ray film of the feet. Diagnosis: psoriatic arthritis. Narrowing of the joint clefts, marginal destruction of the heads of the 2nd-5th metatarsal bones, outward subluxations of the fingers, marginal destruction of the interphalangeal joints of the 1st fingers, destruction of the joint surfaces of the interphalangeal joints, marginal resorption of the tubers of distal phalanges with bone formation are seen

місцях кріплення капсули суглоба. Крім того, в гомілковостопних суглобах визначали остеопороз кісточок і лінійні періостальні нашарування в метафазах (в основі кісточок). Зміни в гомілковостопних, колінних та клубово-крижових суглобах були симетричними, але й не дзеркальними.

У плечових і ліктьових суглобах спостерігалися ерозивні ентезопатії, які на рентгенограмах проявлялися крайовою резорбцією великого горбика чи надвиростків плечової кістки в ліктьовому суглобі з кістковими розростаннями і періостальними нашаруваннями. Подібні ерозивні ентезопатії визначалися в сідничних горбах і поєднувалися з сакроілеїтами, в п'яткових горбах — з утворенням «п'яткових шпор», що є досить характерним для ПА [7].

В деяких випадках при ПА спостерігалось ураження дуговідросткових суглобів хребта з тенденцією до анкілозування і звапнення передньої поздовжньої зв'язки. Це нагадує картину анкілозуючого спондилоартриту (хвороби Бехтерева). Для ПА характернішими були гіперостози в окремих сегментах хребта внаслідок осифікації передньої поздовжньої зв'язки, поєднані з остеохондрозом хребта.

Другу форму артропатичного псоріазу — дегенеративно-дистрофічні зміни, зокрема артрози, визначали у 58 хворих — частіше в суглобах кистей (26 пацієнтів), хребта (18), колінних (23), гомілковостопних (8), та суглобах стоп (16). Рентгенологічно вони нічим не відрізнялися від артрозів іншої природи (звуження суглобової щілини, стовщення замикаючих пластинок, крайові кісткові розростання тощо).

Зрідка дегенеративно-дистрофічні зміни виявляли в кульшових (15 хворих), плечових (9), ліктьових (11), променевоzap'ясткових (6) суглобах. Артрози при псоріазі не були різко вираженими, але в усіх випадках відрізнялися поліартикулярністю і поєднанням з дегенеративно-дистрофічними змінами хребта (міжхребцевим остеохондрозом, деформуючим спондилоартрозом і спондилозом). При динамічному рентгенологічному дослідженні прогресування цих змін, на відміну від запальних, було незначним.

Ми спостерігали 6 пацієнтів із псоріатичною остеоартропатією, причому в 2 з них переважали проліферативні зміни в кістках і суглобах, у 4 — літичні, що супроводжувалися лізисом фаланг кистей і стоп. Рентгенологічні

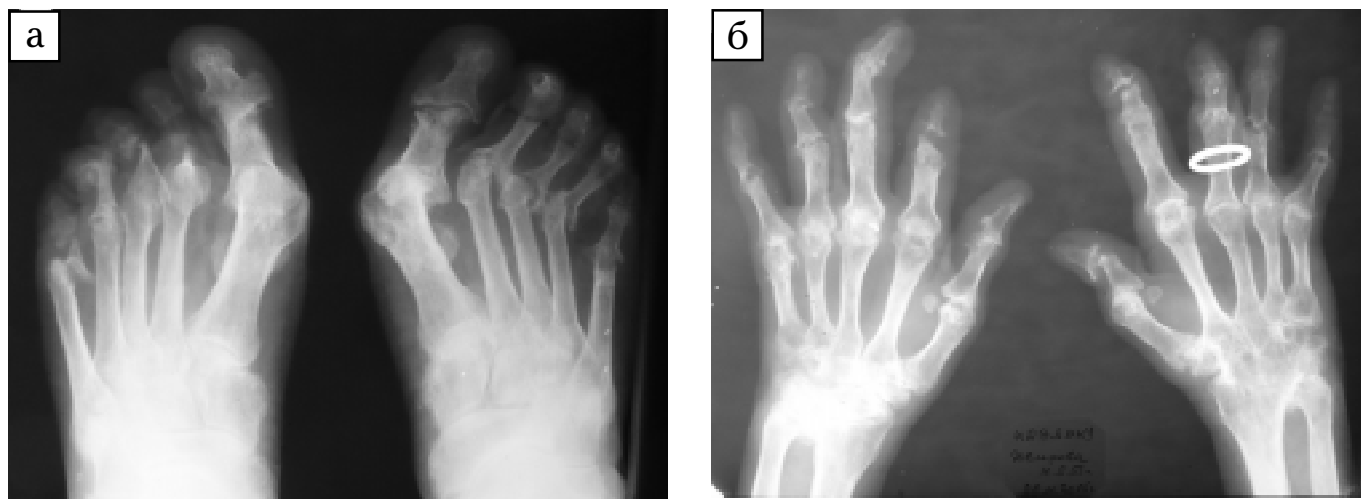


Рис. 3. Рентгенограма хворої Ж.: а — стопи; б — кисті. Диагноз: артропатичний псоріаз, поєднання артрити і остеоартропатії. У стопах спостерігається обширна деструкція, місцями літична у плесно-фалангових і міжфалангових суглобах, більше справа з вивихами у плесно-фалангових суглобах; у третьому плесно-фаланговому суглобі справа — кістковий анкілоз: вивих пальців у міжфалангових суглобах правої стопи. У кистях спостерігається кістковий анкілоз у лівому променевоzap'ястковому і міжфаланговому суглобах, деструкція суміжних суглобових поверхонь, місцями значна з підвивихами пальців

Fig. 3. Patient Zh., x-ray film: a – foot, б – hand. Diagnosis: arthropathic psoriasis, combination of arthritis and osteoarthropathy. In the feet, there is considerable destruction, somewhere lytic in metatarsophalangeal joints with luxations in metatarsophalangeal joints chiefly on the right. In the 3rd right metatarsophalangeal joint there is osseous ankylosis: luxation of the fingers in the interphalangeal joints of the right foot. In the hands there is osseous ankylosis in the left radiocarpal and interphalangeal joints, destruction of adjacent joint surfaces, somewhere considerable with finger subluxation

Література

1. Коган Г.Х. // *Вест. дерматол. и венерол.* — 1960. — № 5. — С. 59–61.
2. Бадокин В.В., Корсаков Ю.А. // *Consil. Med.* — 2007. — № 1. — С. 6–11.
3. Шебашова Н.В. // *Вест. дерматол. и венерол.* — 2001. — № 4. — С. 26–30.
4. Семиряд Ю.В., Радионов В.Г. // *Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.* — 2005. — № 1. — С. 11–15.
5. Беляев Г.М., Рыжко П.П. *Псориаз. Псориатическая артропатия.* — СПб: Ореол, 1996. — 291 с.
6. Спужак М.І. // *УРЖ.* — 1994. — Т. II, вип. 2. — С. 92–98.
7. Спужак М.І., Шармазанова О.П. *Захворювання суглобів (методики променевого дослідження, вікова рентгеноанатомія, рентгендіагностика захворювань).* — Харків: Крокус, 2007. — 210 с.

Надходження до редакції: 18.12.2008.

Прийнято: 26.12.2008.

Адреса для листування:
Олійник Ірина Олександрівна,
ДУ «Інститут дерматології та венерології АМНУ»,
вул. Чернишевського, 7/9, Харків, 61057, Україна

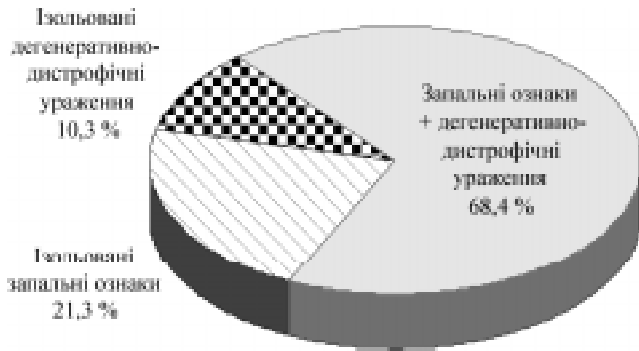


Рис. 4. Розподіл хворих з різними проявами артропатичного псоріазу за рентгенологічними ознаками уражень кісток і суглобів

Fig. 4. Distribution of the patients with various manifestations of arthropathic psoriasis according to x-ray signs of the lesions in the bones and joints

ознаки псоріатичної остеоартропатії нагадували такі при нейрогенних остеоартропатіях (при синдромі Фелікса, цукровому діабеті та ін.).

Як показали наші дослідження, ізольовані запальні ознаки уражень кісток та суглобів мали місце в 29 пацієнтів (21,3 %) з артропатичним псоріазом (рис. 2); ізольовані дегенеративно-дистрофічні ураження — у 14 (10,3 %); поєднані (запальні і дегенеративно-дистрофічні) — у 93 (68,4 %) (рис. 3), тобто в переважній більшості випадків вони поєднувалися (рис. 4).

Висновки

1. Таким чином, ураженню кісток та суглобів при псоріазі властиві своєрідні особливості: поліартикулярність, переважна локалізація в суглобах кистей і стоп, а також крижово-клубових зчленуваннях, поєднання запальних і дегенеративно-дистрофічних змін та ін.

2. Проведені дослідження підтверджують думку про те, що кістково-суглобовий псоріаз (артропатичний) проявляється в 3 формах захворювання: запальній (псоріатичний артрит), дегенеративно-дистрофічній (псоріатичний артроз і псоріатична остеоартропатія) і змішаній.

3. Визначення форми і рентгенологічних ознак ураження кісток та суглобів при псоріазі сприятиме проведенню адекватної терапії, а також матиме суттєве значення при експертизі працездатності.