ВЪРХУ НЯКОИ РЕДКИ ФОРМИ НА ХРОНИЧЕН ПОЛИАРТРИТ

Е. Бозаджиева, Л. Белчев, С. Кьосев

Интермитиращата хидрартроза и палиндромичният ревматизъм са ставни заболявания с доброкачествено циклично протичане. Някой автори (4) ги считат за алергични заболявания и ги отнасят към групата на т. нар. алергични артрити или алергичен ревматизъм, докато други (3) ги разглеждат само като варианти на ревматоидния артрит. Reiman (цит. по 1) включва тези болести в групата на периодическите заболявания. В етиологията им досега не са установени инфекциозни, токсикоалергични или обменни моменти. Според съветски автори (1) интермитиращата хидрартроза представлява своеобразно вазомоторно поражение на ставите, свързано с повишена чувствителност към неизвестни досега фактори. Те не изключват също така ролята и на травматични моменти. В известни случаи е била наблюдавана фамилност. Палиндромичният ревматизъм съветските автори разглеждат като алергично или нервно-трофично заболяване. Поради неизясността на етиологията му те предлагат да се нарича пароксизмална артропатия.

Интермитиращата хидрартроза се характеризира с явяващ се в интервали обикновено от 10—15 дни и също така бързо изчезващ в разстояние на 4—5 дни остър ставен излив най-често в колянната става. Пристъпите протичат без нарушение на общото състояние. В отделни случаи са били наблюдавани левкоцитоза и ускорено утайване на еритроцитите (3). За пръв път заболяването е описано от Perrin (1845) (цит. по 2). Досега в литературата са описани според В. Цончев около 150 случая. Обикновено болестта протича доброкачествено. В отделни случаи тя може да прогресира в ревматоиден артрит.

Не отдавна във Военно-морска болница — Варна имахме възможност да наблюдаваме болен с интермитираща хидрартроза на колянната става.

Болният С. Х. С., 28-годишен, мъж, и. з. 649 от 1964 г., заболява преди 3 години. Първоначално получил преходни болки в колената и гривнените стави. По-късно се подула лявата колянна става. Отокът траел обикновено 4—5 дни, след което изчезнал напълно, за да се появи отново след 1—2, рядко 3 седмици. По време на отока общото му състояние е било добро, температура не правел, но движенията са били затруднени поради болезненост в ставата. За периода от 1961 до 1964 г. болният набройва не по-малко от 90 подобни пристъпа, и то винаги в лявата колянна става. Понякога ставният излив се съпътствувал с еритемонодозен обрив върху подбедриците и язвички в устната кухина. Боледувал от скарлатина като дете. Апендектомиран през 1957 г., фамилна анамнеза необременена. Живее при добри условия.

При постъпването в клиниката се установи афтозен стоматит. Лявата колянна става беше оточна, с флуктуация на горния и долния рецесус и „танц" на пателата.

Движенията в ставата бяха ограничени поради болезненост. Във вътрешните органи не се установиха изменения.

От лабораторните изследвания се установи: Hb — 88%, Er — 4 460 000, Leuc — 9050, St — 3%, Seg — 61%, Eo — 4%, Mo — 5%, Ly — 27%, Wgr — 35/60; урина — б. о.; общ белтък — 6,48 г%, алб. 54%; глобулини: α_1 — 3%, α_2 — 9%, β — 11%, γ — 23%; ДФА — 350 Е, АСТ — 250; чернодробни проби — нормални; ЕКГ — б. о. Mantoux — отрицателна. Ставата беше многократно пунктирана. Пунктатът винаги беше бистър, с белези на трансудат (отн. т. 1012), въпреки че Rivalta беше положителна. В седимента се установяваха лимфоцити, сегментоядрени клетки (в отношение 1 : 1) и единични ендотелни клетки. Посявката за туберкулозни бактерии и инокулацията на морско свинче бяха отрицателни. Рентгенографията показа интактност на ставните повърхности и костите, образуващи колянната става. Въпреки активното лечение с антибиотици, салицилати и кортансил заболяването запази своето характерно, пристъпно протичане. За период от няколко месеца наблюдавахме не по-малко от 10 такива пристъпа. Приложи се също така златолечение, но без особен ефект.

Пристъпният и доброкачествен характер на заболяването с хидропс на лявата колянна става в случая несъмнено характеризира клиничната картина на интермитираща хидрартроза.

Под названието палиндромичен ревматизъм Hench и Rosenberg за пръв път през 1928 г. описаха необикновено ставно заболяване, характеризиращо се с многобройни (понякога до 250 годишно), афебрилни пристъпи от остър артрит и периартрит, протичащи с болки, зачервяване и функционални нарушения в една или повече стави (1, 3, 4). Пристъпите се явяват внезапно, най-често привечер. Обикновено те не се съпровождат от обща реакция и траят няколко часа или най-много няколко дни. След това ставните прояви изчезват напълно, за да се появят отново в определен интервал от време. Понякога едновременно със ставните изменения се наблюдават малки възли, разположени под кожата около засегнатите стави, главно по пръстите и дланната апоневроза, изчезващи също така заедно със ставния оток.

Неотдавна във Военно-морска болница — Варна наблюдавахме болен с палиндромичен ревматизъм.

Болният Г. Д. Н., 31-годишен, мъж, и. з. 363 от 12. II. 1964 г., шест месеца преди постъпването в болницата започнал да получава силни болки в глезенните стави, които без лечение изчезвали за няколко дни. В последствие подобни болки се появили и в други стави, траели по няколко дни и изчезвали без остатък. Бил изследван многократно, но поради това, че утайването на еритроцитите винаги било нормално, лекуващите лекари считали, че се касае за обикновена простудна артралгия. Няколко дни преди да постъпи в болницата, получил силни болки и оток по ставите на пръстите на ръцете, които не бил в състояние да свива в юмрук. Най-силни отокът и болката били в основата на десния палец, където се появили червеникави, плътни петна. Фамилна анамнеза — б. о. Добри условия на живот.

При постъпването в клиниката болният беше афебрилен, в добро общо състояние. При изследването не се установиха болестни изменения във вътрешните органи. Метакарпо-фалангеалната става на десния палец беше оточна, със зачервена и топла кожа, болезнена при движение. По тенара в съседство с нея се забелязваха няколко възелчета с червеникавовиолетов цвят, на големина от лещено зърно до еднастотинкова монета, болезнени при натиск. Останалите стави на ръцете бяха външно без изменения, но болният ги чувствуваше сковани и не беше в състояние да свие ръцете в юмрук.

От лабораторните изследвания се установи: Hb — 85%, Er — 4 220 000, Leuc — 11 850; St — 6%, Seg — 67%, Mo — 1%, Ly — 26%, Wgr — 28/44 мм. Чернодробни проби — нормални; ДФА — 350 Е, АСТ — 1250; урина — б. о. Рентгеноскопия на белите дробове и сърцето — б. о. ЕКГ — нормална. Рентгенография на ставите на дясната ръка — б.о.

Приложи се лечение с антибиотици и салицилати. На втория ден от постъпването в болницата отокът в ставата, както и възлите върху палмарната апоневроза в съседство с нея изчезнаха напълно, а след още няколко дни и всички субективни оплаквания. В това състояние болният беше изписан от клиниката. Впоследствие многократно през различни интервали продължаваше да получава в различни стави обикновено привечер подобни пристъпи с оток, болки и еритемно-папулозен обрив в околоставната подкожна тъкан, което наложи да бъде приеман на лечение в болницата още няколко пъти.

Характерното пристъпно протичане на ставния синдром с еритемно-папулозен обрив в околоставните тъкани, при запазено общо състояние и бързо преходно леко ускорено утайване на еритроцитите несъмнено характеризираха картината на палендромичен синдром при този болен.

Както вече се изтъкна, при първия болен се касае за интермитираща хидрартроза на лявата колянна става, а при втория — за палиндромичен ревматизъм.

Ние считаме, че тези заболявания са по-чести, отколкото се допуска. Пропускането им става, от една страна, поради непознаване на клиничната картина от широкия кръг лекари и, от друга, поради доброкачественото протичане на заболяването. Въпреки това тяхното разпознаване и навременно диагностициране се налага не само поради мъчителния характер, който им придава хроничното протичане, но особено поради възможността за преминаване в отделни случаи в ревматоиден артрит, което изисква непрекъснат и отблизо упражняван лекарски контрол. В тази връзка именно ние считаме, че нашите наблюдения заслужават да бъдат съобщени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кушелевский, Б. Н., М. А. Яшковский, С. М. Рысс. Болезни суставов, ревматизм, авитаминозы. Медгиз, 1961. — 2. Цончев, В. Т. Ревматология. С., Мед. и физк., 1962. — 3. Cecil, K. L. A textbook of medicine, ed. by K. L. Cecil and R. F. Loeb. Pfiladelphia and London, 1959, p. 1378. — 4. Moll, W. Klinische Rheumatologie. Basel, New York, 1958. — 5. Tichy, H., K. Seidel, Y. Heidelmann. Lehrbuch der Rheumatologie, Berlin, 1962.

О НЕКОТОРЫХ РЕДКИХ ФОРМАХ ХРОНИЧЕСКОГО ПОЛИАРТРИТА

З. Бозаджиева, Л. Белчев, С. Кёсев

РЕЗЮМЕ

Сообщаются случаи интермиттирующего гидрартроза коленного сустава и палиндромного ревматизма.

RARE FORMS OF CHRONIC POLYARTHRITIS

E. Bozadjieva, L. Belchev and S. Kyosev

SUMMARY

A report is made on patients with intermittent hydrarthrosis of the knee joint and with palindromic rheumatism.