

ОССИФИЦИРУЮЩИЙ МИОЗИТ ОБОИХ БЕДЕР¹

Засл. врач РСФСР Н. К. Митропольский

(г. Коломна)

Различают: 1) редко встречающийся множественный прогрессирующий и 2) чаще наблюдающийся ограниченный оссифицирующий — миозиты.

В отношении происхождения его имеется несколько теорий. Некоторые считают его врожденным извращением процессов окостенения; по мнению других, в основе этого заболевания лежит расстройство функции паращитовидных желез и кальциевого обмена; третьи рассматривают прогрессирующий оссифицирующий миозит как следствие поражения нервной системы, после чего наступают миопатия и окостенение мышц; наконец, по мнению четвертых, причиной заболевания являются ревматический или травматический миозит с последующим окостенением.

Оссифицирующий миозит имеет хроническое, как правило, доброкачественное течение и заставляет больных обращаться за медицинской помощью только ввиду ограничения подвижности.

Плотные образования в мягких тканях конечностей нередко определяются врачами случайно.

На рентгенограммах в начале заболевания обнаруживаются нежные уплотненные тени; в дальнейшем тень усиливается и из расплывчато-тяжистого рисунка превращается в более компактный.

Применением физиотерапии или рентгенотерапии в ряде случаев удается достигнуть улучшения. Оперативному вмешательству подлежат очаги окостенения в мышцах, нарушающие функцию конечностей.

21/1-58 г. в Коломенскую горбольницу поступил б-ной З., 52 лет, с диагнозом облитерирующего эндартериита нижних конечностей и жалобами на боли в икроножных мышцах, усталость в ногах, перемежающуюся хромоту.

Считает себя больным с 1943 г. В 1945 г. досрочно был демобилизован по болезни (ангиит).

В 1956 г. подвергался операции резекции желудка по поводу язвы малой кривизны.

Б-ной среднего роста, правильного телосложения, несколько пониженного питания. Движения в суставах свободные. На коже конечностей и туловища имеются бляшки чешуйчатого лишая.

Пulsация бедренных и подколенных артерий ослаблена, а на артериях стоп не определяется.

При пальпации бедер на передне-наружных их поверхностях в мягких тканях определяются продольные, плотные, костной консистенции, безболезненные образования в виде брусков, длиной около 20 см, шириной в средних частях 6—7 см. Округлость средней трети правого бедра — 46 см, левого бедра — 45 см.

На эти уплотнения в бедрах б-ной не жаловался и не заявлял о них при поступлении, так как они его не беспокоили ни при ходьбе, ни при работе; болезненность в области уплотнения ощущал только лежа на боку на жесткой поверхности.

Из дополнительного расспроса выяснилось, что б-ной в 29-летнем возрасте заметил в середине обоих бедер небольшие продольные подкожные уплотнения, которые медленно увеличивались. В 1945 г. был продемонстрирован на конференции врачей как больной с редко встречающимися уплотнениями в бедрах. От врачей тогда слышал, что это заболевание называли «миозитом».

За последние 5—6 лет уплотнения заметно увеличились, но, как и раньше, остаются безболезненными.

Рентгенография: вдоль наружных поверхностей обоих бедер, ближе к коже, на обширных участках широкой полосой определяются дополнительные тени окостенения мышечной ткани.

Применено лечение по поводу облитерирующего эндартериита: никотиновая и аскорбиновая кислоты, пахикарпин, глюкоза, паранефральная блокада по Вишневскому, физиотерапия (озокерит), лечебная гимнастика, теплые ванночки для стоп и голеней, категорически запрещено курить.

19/II выписался — субъективно с улучшением, объективно — без заметных перемен.

В описываемом случае у б-ного, кроме облитерирующего эндартериита, был ограниченный оссифицирующий миозит.

Поступила 2 октября 1958 г.

¹ Сообщено на заседании Коломенского научного общества врачей 6/III-58 г.