

А. М. МИНАСЯН

ПОРАЖЕНИЯ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

По литературным данным [1, 3, 7], частота поражения позвоночника при бруцеллезе колеблется от 2 до 61%. При хирургических формах бруцеллеза частота поражений позвоночника достигает 17—34% [2, 5, 10, 15]. Имеются также разногласия в вопросах рентгенологических находок, методов лечения и исходов болезни и др. На наш взгляд, одной из основных причин таких разногласий является тот факт, что авторы изучали эту патологию в различных стадиях заболевания и не наблюдали длительное время.

Бруцеллезное поражение позвоночника по своей частоте, тяжести и последствиям (потеря трудоспособности) заслуживает особого внимания. По данным А. М. Доведова [6], больше чем у половины больных правильный диагноз был установлен лишь спустя 3—5 лет от начала болезни. В подобных случаях лечение не может быть эффективным, что, в свою очередь, приводит к инвалидности.

Среди 254 больных с различными хирургическими формами бруцеллеза 35 страдали поражением позвоночника (13,7%), а среди больных с поражением опорно-двигательного аппарата поражение позвоночника составило 20,4%. Мужчин было 20, женщин 15. Возраст больных колебался от 17 до 67 лет, однако большинство (25) было в возрасте от 17 до 50 лет, т. е. в наиболее трудоспособном возрасте. Все больные обследовались многократно (от 2 до 7 раз) с максимальным сроком наблюдения до 20 лет. Динамические и долголетние наблюдения давали возможность правильно судить о течении болезни, ее исходах и об эффективности различных методов лечения.

При бруцеллезе поражаются все элементы позвоночника — сухожилия, связки, хрящи, кости и суставы. По нашим данным, в начальных стадиях чаще поражается (у 24 больных) связочный аппарат позвоночника. Клинически это выражается резким ограничением движений, сильной болезненностью при надавливании в области надостистых и межостистых связок. По данным ряда авторов, в ранних стадиях болезни наступает остеохондрит и спондилоартрит. Часто поражается межпозвоночный хрящ (дисцит), затем процесс переходит на кость. При остеомиелите могут поражаться и дужки позвонков, твердая и паутинная оболочки, нервные корешки и узлы [16]. Отдельными авторами описаны

единичные случаи натечных абсцессов и гноиников; однако нужно согласиться с А. М. Доведовым [6], что они являются исключением в клинике бруцеллезных спондилитов. Автор у 80 больных ни разу не отметил подобных явлений. Наши длительные наблюдения также не выявили гнойного воспаления позвоночника.

Существует разногласие в отношении срока поражения позвоночника при бруцеллезе. У наблюдаемых нами 29 больных поражение позвоночника проявилось в течение первого месяца бруцеллеза, у остальных 6 в сроки от 4 мес. до 2 лет. Наши данные совпадают с наблюдениями Руссо и Валларо [17]. В наших наблюдениях поясничный отдел позвоночника был поражен у 25 больных, шейный у 4, грудной отдел — у 2, шейно-грудной, груднично-поясничный и тотальное поражение позвоночника — по 1 больному. Последние два наблюдения относятся к болезни Бехтерева-Мари-Штримпеля. Хотя вопрос о роли бруцеллеза в этиологии последнего заболевания является спорным, однако в литературе настойчиво подчеркивается мысль, что бруцеллез может быть одной из причин возникновения данного заболевания [6, 11, 12]. Отдельные наблюдения анкилозирующего спондилартрита описывают А. А. Липко и В. Г. Симавонян [9], Н. М. Абдулина [1] и др. Из наших 2 больных в одном случае можно говорить о бруцеллезном происхождении. В этом случае болезнь началась остро, протекала с классическими симптомами бруцеллеза (общие мышечно-суставные боли, увеличение печени и селезенки, высокая температура — до 40° , положительные специфические реакции и т. д.). Болезнь развивалась и прогрессировала довольно быстро, через 3 года уже имел место анкилоз всего позвоночного столба и изменение других суставов. Вскоре больная была прикована к постели и на 5-ом году болезни скончалась при явлениях декомпенсированного бруцеллеза. У 2-ой больной явления анкилоза позвоночника начались уже на 5-м месяце болезни. Известно, что обычно болезнь Бехтерева протекает очень медленно, особенно у женщин [8]. Следует добавить, что в последние годы, наряду с эндокринными расстройствами, наиболее вероятной причиной болезни Бехтерева считается инфекция и интоксикация.

Для бруцеллезного поражения позвоночника клинически характерны резко выраженные боли, которые следует объяснить наличием целлюлитов и фиброзитов, а также вовлечением в процесс нервных корешков. Сильные боли приводят к ограничению движений в позвоночнике и вынужденному согнутому положению последнего. При спондилитах больные наклоняют голову вперед и стараются создать неподвижное положение. При поражении шейного отдела этот симптом бывает более выраженным (5 больных). Ощупывание, особенно надавливание остистых отростков и пространства между ними, вызывает резкую болезненность. При поражении поясничного отдела позвоночника наблюдается сглаживание физиологического лордоза. При поражении этой области у 12 наших больных имели место корешковые явления. Для бруцеллез-

ных спондилитов характерно уменьшение болей при отдыхе и, в частности, при местном применении тепла.

Из 35 наших больных у 9 начало заболевания было острое, у 4 — подострое и у 22 больных имело место медленное начало. У 6 больных поражение позвоночника проявилось без общих симптомов бруцеллеза, у 28 поражение позвоночника проявилось с начала же бруцеллезной инфекции (первичное поражение). При последних двух видах проявления установление этиологического диагноза представляет определенное затруднение. Хотя поражение позвоночника при бруцеллезе носит доброкачественный характер по сравнению со спондилитами другой этиологии и не угрожает жизни больного, иногда даже подвергается самоизлечению, тем не менее, несвоевременное выявление и лечение больных с этой патологией может привести к длительной потере трудоспособности и инвалидности.

Для диагностики бруцеллезных поражений позвоночника имеет определенное значение рентгенологическое исследование. Однако, как справедливо отмечает А. В. Бурмакин [3], бруцеллезное поражение позвоночника может протекать и без рентгенологических изменений. В наших наблюдениях из 35 больных у 13 (36%) были выявлены рентгенологические изменения, что совпадает с данными В. А. Фролова [13].

Рентгенологические изменения при бруцеллезных поражениях позвоночника проявляются в виде остеохондрита, поражений межпозвоночного хряща (дисцит), мелких суставов, обызвествления и окостенения связок и поражения тел позвонков. Таким образом, при этой патологии могут поражаться все элементы позвоночника.

Характерным в рентгенологической картине является раннее появление склеротических изменений, наступающих иногда параллельно с разрушительными процессами и довольно выраженными массивными репаративными изменениями [12]. Этим же объясняется благоприятное течение и исход процесса [13]. Рентгенологические изменения при бруцеллезе хорошо изучены И. Л. Тагером [11], по мнению которого при дисцитах отмечается (в отличие от туберкулезного спондилита) заметная склонность к анкилозу с образованием типичных грубых скобок и развитием склероза подхрящевых отделов позвонков (поражение одного-двух дисков). И. Л. Тагер [11] отмечает, что степень поражения костных элементов позвонков при бруцеллезе больше, чем при других инфекциях. По Б. Л. Штейнгауеру [14] характерно отсутствие остеопорозов даже вблизи пораженного очага. И. Х. Гелис [4] отмечает склерозирование вокруг деструктивных очагов и выявленные в телах позвонков изменения различной давности.

Первоначальные рентгенограммы у 26 наших больных произведены в течение первого года болезни, причем у 15 в течение первых 6 месяцев, из них у 3 больных спустя 2 месяца от начала заболевания, у 8 больных от 2 до 4 лет от начала болезни и у одного спустя 12 лет (поздняя обрабатываемость). Последние рентгенологические исследования у 28 больных были произведены через 8—19 лет после первых рентгенологических ис-

следований, у 4 больных через 1—2 года, а у 3 лиц рентгенологических исследований не удалось произвести. Последние у 32 больных были выполнены от 2 до 6 раз, в большинстве случаев 2—3 раза. При первичных исследованиях изменения выявлены у 11 больных, при последующих повторных исследованиях дополнительно еще у двух больных. Рентгенологические находки в первые 5—6 месяцев от начала болезни у 4 больных были выражены в виде остеохондрита, дисцита, «скобок». У 3 больных остеохондрит, дисцит и подхрящевой склероз мелких суставов были обнаружены спустя год от начала болезни. Спондилартрит и спондилартроз выявлены у 2 больных спустя более чем 10 лет от начала болезни.

В течение первого года заболевания у 2 больных не были выявлены какие-либо рентгенологические изменения, но в последующем (спустя 13 и 14 лет) были обнаружены остеохондрит, дисцит и артрит мелких суставов. Анкилозирующий спондилартрит был обнаружен у 2 больных. При этом у одного он имел место через 5 месяцев после начала заболевания, а у другой — через 3 года в виде массивных и тотальных поражений позвоночника.

Различные комбинированные поражения по характеру и по локализации определялись у 4 больных. При повторных исследованиях у 11 больных были констатированы какие-либо сдвиги в рентгенологической картине, главным образом превалирование восстановительных процессов. У 3 больных последние имели место уже через 3 месяца после повторного обследования. Такое быстрое развитие процесса нужно считать характерным для бруцеллеза.

Для иллюстрации приводим четыре фоторентгенснимка двух больных. В первом случае (рис. 1,а,б) показано быстрое прогрессирование репаративных явлений (за 42 дня), во втором (рис. 1,в,г) — изменение в течение большого срока наблюдения (17 лет).

Лечение бруцеллезных поражений позвоночника должно быть комплексным и планомерным. Оно должно сочетать общее лечение с местным. В острых стадиях заболевания при высокой температуре мы назначаем симптоматическое лечение (жаропонижающее, болеутоляющее) и антибиотики (левомидин, стрептомицин). При понижении температуры (не выше 38°) мы применяем специфическую внутривенную вакцинотерапию (при отсутствии противопоказаний), чередуя с переливанием крови. Местно назначаются тепловые процедуры, мазь с йодистым калием и др. При сильных болях производили паранефральную или паравертебральную новокаиновую блокаду. После облегчения состояния назначаем раннюю лечебную физкультуру. При остаточных явлениях в хронических случаях применяется физиотерапия, ЛФК и санаторное лечение (Джермук, Цхалтубо и др.). Мы с успехом применяли у наших больных переливание иммунной крови, особенно если вакцинотерапия была противопоказана. Однако эффект имунотрансфузии улучшался при сочетании с вакцинотерапией. Лечение в остром периоде длится в среднем 4 недели.

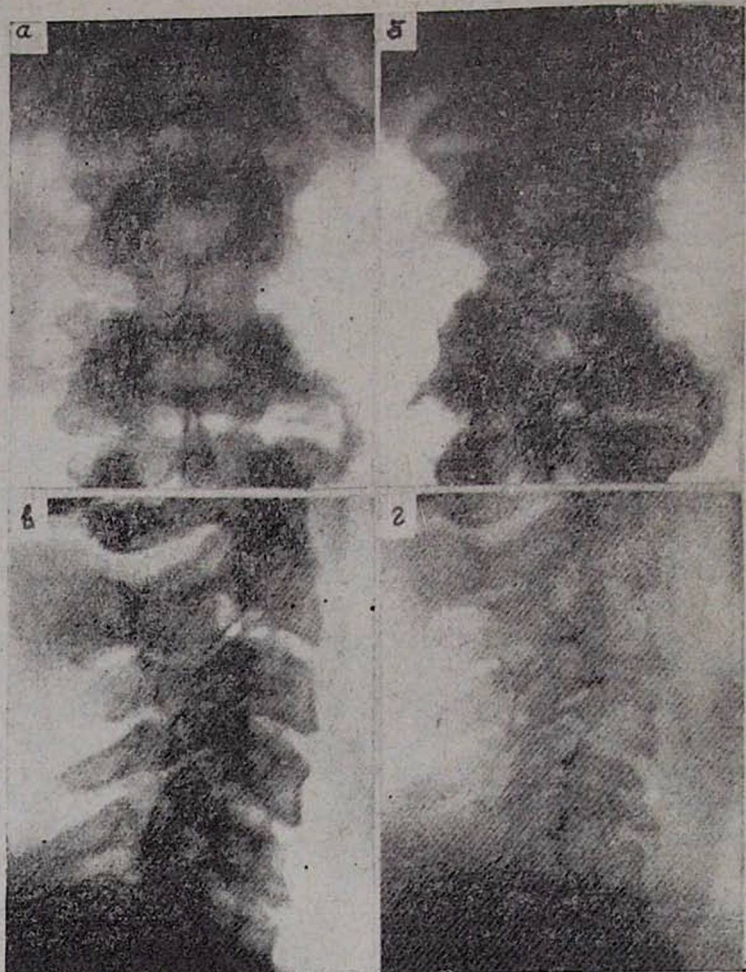


Рис. 1. а. Рентгеноснимок больного с острым бруцеллезным спондилитом, произведенный на 5-м мес. болезни. Был бруцеллезный хондрит—сужение диска между XII грудным и I поясничным и между II и III поясничным позвонками; лигаментит, проявившийся окостенением межпозвоночных связок. Проведено общее специфическое и энергичное местное лечение. б. Рентгеноснимок того же больного спустя полтора месяца. Имеющиеся репаративные явления прогрессировали. Видно образование скобки между XII грудным и I поясничным позвонками справа. в. Рентгеноснимок больной первичным хроническим бруцеллезным спондилитом, произведенный 3 года спустя от начала болезни. Имеется некоторая шероховатость и мелко-петлистый рисунок в переднем отделе тела пятого шейного позвонка, нижний контур которого мелко зазубрен с наличием костного нароста. г. Рентгеноснимок той же больной, произведенный 17 лет спустя. Массивные краевые костные разрастания в виде клювов и шипов на уровне тел последних 4 шейных позвонков и снижение высоты межпозвоночных дисков с наличием субхондрального склероза суставных площадок тел V—VI позвонков. Структурные изменения дистрофического характера в виде мелкоячеистого рисунка в толще тел V и VI позвонков и заострение мелких суставных отростков их. Имеются прогрессирующие дегенеративно-дистрофические изменения типа деформирующего спондиллоза, спондилартроза и дискоза.

Говоря об исходе болезни, недостаточно учитывать только непосредственные результаты, ибо как бруцеллез вообще, так и его хирургические проявления имеют склонность к рецидивам и хроническому течению. Поэтому при оценке результатов лечения мы учитывали также ближайшие (до 1 года) и отдаленные (до 20 лет) исходы лечения. Как показывают наши наблюдения, лучшие результаты имеют место при раннем комплексном лечении у лиц молодого возраста. Мы не согласны с теми авторами, которые в остром периоде бруцеллезных поражений позвоночника ограничивались применением только антибиотиков, ибо при таком лечении наблюдаются часто рецидивы болезни. В табл. 1 обобщены результаты лечения наших больных.

Таблица 1

Непосредственные, ближайшие (до 1 года) и отдаленные результаты (до 20 лет) лечения бруцеллезных поражений позвоночника

Исход лечения	Результаты		
	Непосредственные	Ближайшие (до 1 года)	Отдаленные (до 20 лет)
Выздоровление (в дальнейшем хороший исход)	17	14	15
Улучшение (в дальнейшем удовлетворительный исход—остаточные явления)	14	16	15
Без изменения (в дальнейшем неудовлетворительный исход—хроническое течение, обострение, рецидивы)	4	5	1
Ухудшение (в дальнейшем инвалидность)	—	—	4

Плохие результаты получены у больных, которые своевременно не получали ранней вакцинотерапии и местного энергичного лечения.

В ы в о д ы

1. Поражение позвоночника при различных хирургических формах бруцеллеза составляет 13,7%, а среди больных с поражениями опорно-двигательного аппарата — 20,4%.

2. Бруцеллезные поражения позвоночника в $\frac{1}{3}$ случаев протекают с рентгенологическими изменениями, которые в основном выявляются в течение 1-го года болезни.

3. Лечение бруцеллезных поражений позвоночника должно быть комплексным, сочетающим общее с местным. Для хорошего исхода имеет значение ранее начатое рациональное лечение и молодой возраст больного.

4. Для правильной оценки исходов лечения бруцеллезных поражений позвоночника необходимы долголетние наблюдения за больными.

Кафедра госпитальной хирургии
Ереванского медицинского института,
Отделение рентгенодиагностики костной
патологии Армянского института
рентгенологии и онкологии

Поступило 13/II 1970 г.

Ա. Մ. ՄԻՆԱՍՅԱՆ

ՈՂՆԱՇԱՐԻ ԱՆՏԱՀԱՐՈՒԽՆԵՐԸ ԲՐՈՒՑԵԼԶՈՋԻ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա մ փ ո փ ո մ

35 հիվանդի մոտ ուսումնասիրվել են ողնաշարի բրուցելյոզային ախտահարումները: Նրանցից 20-ը եղել են տղամարդ, 15-ը՝ կին: Հիվանդների տարիքը տատանվել է 17—67-ի սահմաններում: Բոլոր հիվանդները հետազոտվել են կրկնակի՝ 2—7 անգամ:

Դիտողությունների առավելագույն ժամկետը կազմում է մինչև 20 տարի: Կատարվել են ընդհանուր կլինիկական, սպեցիֆիկ (լաբորատոր) և ռենտգենյան քննություններ: Շնորհիվ դինամիկ և երկարամյա հետազոտման, պարզաբանվել են հիվանդության զարգացման, կրկնության և սրացման պատճառները, ինչպես նաև բուժման տարբեր ձևերից ստացված անմիջական, մոտակա (մինչև 1 տարի) և հեռավոր (մինչև 20 տարի) արդյունքները: 29 հիվանդի մոտ ողնաշարի ախտահարումներն առաջացել են հիվանդության առաջին ամսում, իսկ 6-ի մոտ՝ 4 ամսից մինչև 2 տարվա ընթացքում: Ռենտգենյան փոփոխություններ հայտնաբերվել են 13 հիվանդի մոտ, որոնք հիմնականում առաջացել են հիվանդության առաջին տարում և արտահայտվել ողնաշարի բոլոր էլեմենտների ախտահարմամբ (օստիտ, օստիոխոնդրիտ, մանր հոդերի բորբոքում, կապանների ոսկրացում և այլն): Բրուցելյոզի ժամանակ ողնաշարի ախտահարման համար բնորոշ են սկլերոտիկ երևույթների վաղ առաջացումը, երբեմն, նույնիսկ քայքայման պրոցեսին զուգահեռ նաև ուժեղ արտահայտված վերականգնման պրոցեսները: Ողնաշարի բրուցելյոզային ախտահարումների բուժումը պետք է զուգակցվի ընդհանուր տեղային հետ:

Հիվանդության ելքի համար մեծ նշանակություն ունեն վաղ սկսած ռադիոնալ բուժումը և երիտասարդ տարիքը:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абдулина Н. М. Тезисы докладов научной сессии, посвященной 42-й годовщине Великой Октябрьской социалистической революции. Баку, 1959, стр. 50.
2. Антелава Н. В. Хирургические формы бруцеллеза. М., 1954.
3. Бурмакин А. В. Врачебное дело, 1957, 8, стр. 877.
4. Гелис И. Х. Автореферат. Л., 1955.
5. Даиров А. Д. XXIV отчетно-научная конференция Казахского медицинского института. Алма-Ата, 1956, стр. 97.
6. Доведов А. М. Вестник хирургии, 1960, 10, стр. 80.

7. Касаткина И. Л. Материалы XXIV отчетно-научной конференции Казахского института краевой патологии. Алма-Ата, 1964, стр. 36.
8. Куслик М. И. Руководство по хирургии, т. IV. М., 1963, стр. 447.
9. Липко А. А., Симавонян В. Г. Вестник рентгенологии и радиологии, 1958, 1, стр. 42.
10. Пильщиков А. А. Автореферат. Воронеж, 1965.
11. Тагер И. Л. В кн.: Рентгенологические исследования при некоторых инфекциях. М., 1950, стр. 69.
12. Тараян Е. С. Азербайджанский медицинский журнал, 1955, 4, стр. 77.
13. Фролов В. А. Клиническая медицина, 1956, 3, стр. 82.
14. Штейнгауэр Б. Л. Труды Туркменского института неврологии и физических методов лечения, т. IV. Ашхабад, 1957, стр. 122.
15. Шушковский П. И. Автореферат. Омск—М., 1965.
16. Boccia L. Ortopedia e traumatologia (Roma), 1957, 15, Fasc II, 535.
17. Russo G, Vollaro P. Rif Med. 1965, 79, 12, 317.