

## ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ СПОНДИЛІТ У НЕВРОЛОГІЧНІЙ КЛІНІЦІ

*І.Д. Дужий, д-р мед. наук, професор;*

*О.І. Дужа-Еластал, канд. мед. наук, викладач;*

*А.В. Юрченко, канд. мед. наук, ст. викладач*

*Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми*

*На основании данных, полученных из литературных источников, авторы демонстрируют сложности диагностики заболеваний позвоночника, поскольку в большинстве случаев они показывают неврологическую симптоматику. Кроме того, длительное время воспаления позвоночника остаются рентгенологично негативными. Приводятся советы по своевременной диагностике заболевания.*

*Ключевые слова: туберкулезный спондилит, симптоматика, дифференциация.*

*На підставі даних літератури автори показують труднощі діагностики захворювань хребта, оскільки останні маніфестують здебільшого неврологічною симптоматикою. Окрім цього, тривалий час запалення хребта, особливо туберкульозного характеру, залишаються рентгенологічно негативними. Наводяться поради щодо своєчасної діагностики захворювання.*

*Ключові слова: туберкульозний спондиліт, симптоматика, диференціація.*

### ВСТУП. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Захворювання хребта будь-якого генезу супроводжуються клінічною симптоматикою, найчастішим суб'єктивним виявом якої буває біль. Останній не має патогномонічних ознак і може супроводжувати різноманітні захворювання хребта, які, у свою чергу, можуть бути специфічними (туберкульоз, сифіліс, грибкові процеси) та неспецифічними (первинне запалення гнійного характеру, вторинні метастатичні чи гнійні процеси, дистрофічні захворювання) [1,2]. В останні три десятиліття суттєві труднощі у диференціальну діагностику захворювань хребта внесли саме різноманітні дистрофічні процеси у тілах хребців та міжхребцевих дисках (остеохондрози, дискози і т. ін.) [3,4]. Незважаючи на перелічене, лівова частина захворювань, що своєю клінічною картиною нагадує перелічені, належить до неврологічної клініки [3,5]. У зв'язку з цим хворі у більшості випадків після поверхневого огляду дільничним терапевтом потрапляють до невропатолога. Останній, маючи у своєму розпорядженні ніяк не більше часу для встановлення діагнозу, констатує той чи інший радикуліт і призначає лікування. В основі такого здебільшого є неспецифічні протизапальні препарати, знеболювальні та нейротрофічні. Відомо, що на ряді етапів будь-якого патологічного процесу ці препарати здатні дати іноді досить значне полегшення і покращання стану пацієнта. Чергове погіршення стану веде такого хворого по знайомій стежині і по тому ж колу. Це трапляється іноді багаторазово, [6] встановлено, що виконане традиційне рентгенологічне обстеження при перших проявах захворювання очікуваних змін у хребтовому стовпі не знаходить. І це не залежить від фахового рівня променевого діагноста, оскільки здебільшого можливості стандартної рентгенологічної апаратури знаходяться за межами фіксації патологічних утворень у 2 мм і більше [7]. Туберкульозне запалення хребта звичайно розпочинається з ураження тіла одного із хребців – формується так званий первинний туберкульозний остит. Це запалення на противагу неспецифічному розвивається дуже поволі, хоча клінічні ознаки захворювання мають

прояви вже на ранніх етапах захворювання [5]. Оскільки ми говорили про больовий синдром, зазначимо, що він у цей час залишається «локалізованим» [2]. У той же час встановлено, що перебіг туберкульозного спондиліту на різних його часових етапах маніфестує чи ускладнюється неврологічною симптоматикою, яка може мати найрізноманітніші прояви щодо їхньої інтенсивності - від 75,2% до 78,1% [1,2,6]. При цьому до локалізованого болю долучаються порушення чутливості, які поступово переходять до спинно-мозкових розладів, що трапляються у 11-45% хворих [3]. Нерідко до неврологічної симптоматики додаються симптоми, що нагадують абдомінальні процеси, урологічні, плевро-торакальні і навіть онкологічні. Подібний перебіг захворювання описаний у 20% випадків [1,4]. Разом з тим відомо, що позалегеновий туберкульоз у загальній структурі захворюваності на туберкульоз становить до 10,6%. Кістковий туберкульоз серед цих форм захворювання займає провідне місце, а туберкульоз хребта у масі останнього – 40-45% [2,5]. Тривале протизапальне лікування таких хворих ускладнюється переходом запального процесу із тіла хребта на міжхребцеві диски, а останнє нерідко призводить до порушень функції органів малої миски [6]. Порушення іннервації цих органів у більшості випадків спричиняє інвалідність, а відтак – соціальну і трудову дезадаптацію [6].

### МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Привернути увагу медичної спільноти до даної проблеми і загострити увагу лікарів дотичних спеціальностей на нагальних питаннях диференціальної діагностики туберкульозного спондиліту.

### МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За останній рік ми спостерігали 3 хворих, 2 з яких спостерігали дільничний терапевт та невропатолог 3 та 4 місяці з приводу ішіорадикуліту, а третю – з приводу гострого захворювання придатків піхви впродовж 3 тижнів. Вважаємо за доцільне коротко навести дві історії хвороби.

Хворий В. 24 років захворів у понеділок, коли, прокинувшись вранці, відчув помірний біль у попереку. З огляду на те, що біль з'явився тоді, коли хворий вставав з ліжка, він вирішив, що «звихнув» хребет. Оскільки не працював, за рекомендацією друзів почав приймати знеболювальні засоби (диклофенак), частіше залишаючись у ліжку. Так пройшло 10 днів. Стан не поліпшувався. Біль зменшувався при прийманні медикаментозних засобів, а через 3-4 години відновлювався з дещо більшою силою. Разом із цим почав відчувати здуття кишківника. Це змусило його звернутися до дільничного лікаря. Останній запропонував консультацію невропатолога. Зазначений фахівець, підозрюючи зміщення хребців, що навіяв йому терапевт з подачі хворого, призначив пряму і бокову оглядові рентгенографії грудо-поперекового відділів хребта. На знімках патологічних змін у хребцях і міжхребцевих дисках не виявлено. На підставі цих даних встановлено діагноз гострого ішіорадикуліту і призначено відповідну терапію. Оскільки через місяць стан хворого не покращав, променеве обстеження повторили. Додаткових утворень не виявлено. Був консультований нейрохірургом. Рекомендовано комп'ютерне дослідження, яке виконане через півтора місяця. За цей період хворий пройшов курс мануальної терапії. Після першого сеансу у нього з'явилися слабкість у ногах і відчуття повзання мурашок по ступнях та гомілкях. З кожним сеансом парестезії збільшувалися, що зрештою і змусило його виконати рекомендації нейрохірурга. На КТ не виявлено вогнищевих утворень, але встановлено

звуження міжхребцевого проміжку між Th 12-Z1 та наявність паравертебральної інфільтрації м'яких тканин, що поширювалася від Th12 до L5. Під час паравертебральної пункції «інфільтрату» виявлено рідину серозного характеру, у якій превалювали (90%) лімфоцити. Рекомендована консультація нейрохірурга. Хворого госпіталізували. Окрім перелічених скарг, на цей час у нього з'явилися клоніко-тонічні судоми на тлі вже існуючої клінічної картини ішіорадикуліту: болі і гіпестезії, що локалізувались у поперековій ділянці, іррадіювали по задній та задньозовнішній поверхні стегна і гомілки до ступні (дерматом S1). Хворий вимушений приймати захисну позу, опираючись на здорову ногу. При пальпації визначається болісність інтравертебральних точок у поперековій ділянці в місці виходу сідничного нерва у точках Валле. Ахіловий рефлекс зліва знижений, справа - відсутній. Позитивні симптоми Нері, Ласега, Бонне.

Після консультації торакального хірурга встановлено туберкульоз поперекового відділу хребта з компресійним ішіорадикулярним синдромом. Після проведеної протитуберкульозної антибактеріальної терапії через два місяці виконане оперативне втручання. Гістологічне дослідження препарату діагноз підтвердило. Подальша антибактеріальна терапія дозволила успішно закінчити лікування.

Хвора В. 38 років захворіла гостро. З'явилися болі в нижніх відділах живота, попереку і крижах. Підвищилася температура тіла до 38,5°. Чотири дні лікувалася самостійно. Оскільки температура і сильні болі утримувалася, особливо під час руху, звернулася до гінеколога. Госпіталізована. Антибактеріальна терапія цефазоліном та гентаміцином із застосуванням метранідазолу знизилася температура до 37,5°-37,6°С, але усі інші ознаки хвороби залишалися. Окрім цього, значно збільшилися слабкість, втома, пітливість. Консультація співробітниками кафедри, які заперечили гінекологічне захворювання, а виявили ознаки ішіорадикуліту. Невропатолог констатував болі і парестезії по задньозовнішній поверхні обох стегон і гомілок, які посилювалися під час руху та кашлю. Хвора вимушена часто приймати захисну позу. Відмічалася зниження чутливості у дерматомах L<sub>5</sub> з обох боків. Ахілові рефлекси збережені. Виконана стандартна рентгенографія у прямій і боковій проекціях. Виявлена деструкція L<sub>5</sub> у центральних відділах хребця розміром 3 і 5 мм у діаметрі. Консультація торакального хірурга і ортопеда – гострий неспецифічний спондиліт поперекового відділу хребта. Інтенсивна антибактеріальна терапія ампісульбіном по 1,5 двічі на добу, метранідазолом по 200 мл двічі на добу з використанням внутрішньоорганного введення цих препаратів шляхом електрофорезу протягом 15 днів та застосування нестероїдних протизапальних препаратів дозволили перевести процес у стадію ремісії. Змінивши антибіотики на цефалоспорици на такий самий термін, добилися розвитку склерозу у зонах запалення з повною клінічною ремісією процесу.

У третього хворого процес проходив гостро, як і у останньому випадку: слабкість, адинамія, висока температура (38°С), пітливість. Неврологічний статус нагадував радикулярний синдром, що мав оперізувальний характер. Біль у поперековій ділянці іррадіювала по задній та задньозовнішній поверхні гомілок і ступень. Наведені ознаки супроводжувалися слабкістю великого сідничного м'яза, триголового м'яза, м'язів гомілок і згиначів ступні. Ахілові рефлекси відсутні з двох боків. Спочатку лікування проводилось амбулаторно, а потім стаціонарно протизапальними препаратами без застосування антибіотиків з приводу мієлорадикуліту. Коли три тижні лікування ефекту не дали, було виконане променеве обстеження, яке виявило деструктивні зміни неправильної форми до 5 мм у діаметрі у L4. Констатований

неспецифічний спондиліт. Інтенсивна антибактеріальна терапія шляхом внутрішньоорганного електрофорезу дозволила протягом 2 місяців досягти ремісії процесу.

### ВИСНОВКИ

З короткого аналізу історій хвороб видно, що туберкульозний спондиліт і неспецифічне його запалення можуть проходити маніфестуючи неврологічними симптомами, які нагадують радикуліти, ішіорадикуліти, сакроілеїти, що нерідко імітує навіть гострі мискові запальні процеси. Для проведення диференціальної діагностики між переліченими процесами необхідні детальний збір анамнезу та обстеження фахівцями, «зацікавленими» у належному діагнозі.

### ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Поспішати з променевим дослідженням хворих доцільно лише у разі гострої маніфестації захворювання. При підозрі ж на туберкульозний спондиліт, який, як правило, розпочинається уповільнено, поступово нарощуючи симптоматику стандартне рентгенологічне дослідження недоцільне: його доречно застосовувати не раніше 2 місяців від початку захворювання, та й то шляхом комп'ютерної томографії.

### SUMMARY

#### TUBERCULOUS SPONDYLITIS IN NEUROLYTIC CLINIC

*I.D. Duzhy., O.I. Duzha-Elastal, A.V. Yurchenko*  
Sumy State University

*On the basis of literature the authors demonstrate the complexity of diagnostics of diseases of a backbone as in most cases they have neurologic semiology. Besides, long time of an inflammation of a backbone remain X-ray negative. In the article the counsels about timely diagnostics of disease are given.*

*Keywords: tuberculous spondylitis, manifestation, differentiation.*

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Иванов В.М. Клинико-лабораторные особенности при туберкулезе и остеомиелите позвоночника / В.Н. Гусева, Р.И. Шендерова [и др.] // Пробл.туберк. и болезней легких. - 2003. - №10. - С.34-37.
2. Лавров В.Н. Диагностика и лечение больных туберкулезным спондилитом / В.Н.Лавров // Пробл.туберкулеза. - 2001. - №4. - С.30-32.
3. Внелегочный туберкулез: Руководство для врачей /под ред.А.В.Васильева. - СПб.,- 2000. - 327 с.
4. Дужий І.Д. Синдром плеврального випоту і туберкульозний спондиліт / І.Д. Дужий, В.В. Боднар //Одеський мед. журнал. - 2004. - № 3(83). - С.105-107.
5. Голка Г.Г. Шляхи підвищення ефективності лікування туберкульозного спондиліту / Г.Г. Голка //Ортопедія, травматологія і протезування. - 2004. - №2. - С.14-18.
6. Перецманас Е.О. Причины появления инвалидизирующих форм туберкулезного спондилита /Е.О.Перецманас // Пробл. туберкулеза. - 2002. - №6. - С.6-7.
7. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов / С.А. Рейнберг. - М.:Медицина, 1964, Т.1. - 530 с.

*Надійшла до редакції 16 червня 2009 р.*