



# Случай сепсиса на фоне анкилозирующего спондилита (болезни Бехтерева)

**А**нкилозирующий спондилит (АС), или болезнь Бехтерева – хроническое воспалительное заболевание, поражающее преимущественно аксиальный скелет. Обычно АС начинается в молодом трудоспособном возрасте – в 16-30 лет [2], средний возраст дебюта –  $25 \pm 7,6$  года [7]. Диагностика АС запаздывает на 5-10 лет [9].

Болезнь Бехтерева в различных странах страдают от 0,01% до 6% населения. В странах СНГ – 0,05%. Мужчины болеют от 3 до 7 раз чаще и значительно тяжелее, чем женщины. Уровень инвалидности у данной категории больных составляет порядка 50-66%, при быстро прогрессирующем течении – до 88,9%. Смертность при АС достигает 5%, основная причина которой – патология шейного отдела позвоночника, приводящая к компрессии спинного мозга [5].

Анкилозирующий спондилит часто имеет атипичное течение до развития рентгенологически определяемых структурных повреждений костей, что вызывает неправильную постановку диагноза и значительное количество осложнений – со стороны сердечно-сосудистой системы, дыхательной системы, опорно-двигательного аппарата, глаз, почек [2-4, 6].

По данным ревматологического отделения ММЦ (Университетская клиника №1) ОНМедУ за 30 лет (с 1983 по 2013 гг.) пролечено 10 947 больных с ревматическими заболеваниями. За 30 лет выявлено значительное увеличение (в 10 раз) частоты госпитализации больных болезнью Бехтерева – с 1,2% до 13,0% [8].

Таким образом, АС является одной из актуальных медико-социальных проблем, что обусловлено ростом его заболеваемости и распространенности, влиянием на работоспособность, сложностью диагностики и лечения.

## Приводим наше наблюдение.

Больной Л., 39 лет, поступил 30.04.2013 г. в 14:35 urgently по СМП в ревматологическое отделение клиники и после первичного осмотра, оценки тяжести состояния – переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии. Диагноз при поступлении: нижняя параплегия с нарушением функции тазовых органов на фоне сдавления спинного мозга на уровне Th<sub>7</sub>-Th<sub>8</sub> патологическим переломом неясной этиологии (эпидурит, туберкулезная патология?). Легочно-сердечная недостаточность. Анкилозирующий спондилоартрит, периферическая форма с тяжелым поражением позвоночника, рентгенстадия III, подвывих в атлантоосевом суставе (2010), двусторонний сакроилеит, рентгенстадия IV.

Жалобы при поступлении: на интенсивную боль в позвоночнике на уровне среднегрудного отдела, в левой лопатке, отсутствие движений и чувствительности в нижних конечностях, нарушение функции тазовых органов.

Из данных анамнеза болезни, медицинской документации известно, что страдал болезнью Бехтерева около 14 лет (с 25-летнего возраста), когда стала беспокоить боль, отечность мягких тканей, ограничение движений в коленных суставах, затем постепенно в плечевых, голеностопных, присоединилась скованность в позвоночнике. Лечился амбулаторно по поводу реактивного, а затем и ревматоидного артрита. Диагноз АС установлен в 34 года. Неоднократное стационарное и амбулаторное лечение по поводу обострений заболевания, неоднократное проведение компьютерной томографии позвоночника, 1-2 раза в год – контроль рентгенограммы органов грудной клетки. В октябре 2010 года выявлен подвывих в атлантоосевом суставе, синдром компрессии спинного мозга в шейном отделе. Данные обследования представлены в институт патологии позвоночника и суставов имени профессора М.И. Ситенко АМН Украины (Харьков). От хирургической коррекции позвоночника отказался. Неоднократные ушибы позвоночника вследствие падения, нарушения координации движений. В феврале 2013 года по данным компьютерной томографии выявлены признаки спондилодисцита Th<sub>6</sub>-Th<sub>8</sub>, находился под наблюдением нейрохирурга, рекомендации по терапии строго не соблюдал, работал. Состояние резко ухудшилось за 4 дня до госпитализации (после непродолжительного периода мнимого благополучия – без спондилоалгий и скованности в позвоночнике, удовлетворительного самочувствия), когда возникла резкая боль в позвоночнике на уровне Th<sub>7</sub>-Th<sub>8</sub> и кратковременное повышение температуры тела до высоких показателей, на следующие сутки – паралич нижних конечностей, прогрессировала слабость, появилась одышка. При МР-исследовании поясничного отдела позвоночника от 28.04.2013 г. деструкция костной ткани не определялась. Поясничный лордоз выражен. Смещения позвонков не выявлено. Незначительно снижены МР-сигнал и высота межпозвонковых дисков Th<sub>12</sub>-L<sub>3</sub>. Отмечается выпячивание межпозвонковых дисков L<sub>3</sub>-S<sub>1</sub> кзади до 3,5-3,7 мм. Имеются грыжи Шморля L<sub>1</sub>-L<sub>2</sub>. Корешковые каналы не сужены. Отмечается резкое сужение щелей межпозвонковых суставов. Направлен в ревматологическое отделение с заключениями невропатологов, нейрохирургов – эпидурит, туб. патология? Болезнь Бехтерева.



Несмотря на комплексную парентеральную терапию, в том числе антибактериальную, 01.05.2013 года в 23:00 состояние резко ухудшилось, при нарастающих явлениях легочно-сердечной недостаточности 02.05.2013 года в 8:20 больной умер.

#### Клинический диагноз:

а) Основной – Нижняя параплегия с нарушением функции тазовых органов на фоне сдавления спинного мозга на уровне Th<sub>3</sub>-Th<sub>7</sub>, патологический процесс неясной этиологии (туберкулезный?). Эпидурит. Болезнь Бехтерева. Распространенный остеохондроз позвоночника со стенозом позвоночного канала на уровне C<sub>1</sub>-C<sub>2</sub>. Миелопатия спинного мозга (Th<sub>1</sub>-Th<sub>12</sub>). Спондилоартрит.

б) Осложнения – Легочно-сердечная недостаточность центрального генеза.

#### Патологоанатомический диагноз:

а) Основной – Анкилозирующий спондилоартрит, периферическая форма с поражением позвоночника и периферических суставов. Фон: ХОЗЛ: хроническая эмфизема легких, хронический обструктивный бронхит, диффузный пневмосклероз, легочное сердце (масса сердца – 450 г, толщина стенки левого желудочка – 2,4 см, толщина стенки правого желудочка – 1 см).

б) Осложнения – Остеомиелит Th<sub>7</sub>-Th<sub>8</sub> позвонков. Патологический компрессионный перелом Th<sub>7</sub>-Th<sub>8</sub> позвонков. Гнойный эпидурит. Сепсис: миелоз пульпы селезенки, септические васкулиты сосудов микроциркуляторного русла с гнойными эмболами в просветах, септический серозный миокардит, септический серозный гепатит, септический серозный интерстициальный нефрит, реактивный серозный панкреатит, двухсторонняя сливная фибринозно-гнойная пневмония, резко выраженная паренхиматозная дистрофия печени, почек, миокарда. Дисметаболическое повреждение миокарда. Олигоурия. Резкое общее венозное полнокровие. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Тромбоэмболия глубоких вен нижних конечностей. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии. Отек легких. Отек ткани головного мозга.

в) Сопутствующий диагноз – Стационарные туберкуломы в верхушках обоих легких.

Приведенное клиническое наблюдение свидетельствует о крайне тяжелом, быстро прогрессирующем поражении позвоночника, осложнившимся развитием остеомиелита Th<sub>7</sub>-Th<sub>8</sub> позвонков с их патологическими переломами, что клинически проявлялось выраженной патологией – болевым синдромом, нижней параплегией с нарушением функции тазовых органов и развитием молниеносного сепсиса с полиорганной висцеральной патологией, приведшей к тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), явившейся причиной смерти.

Приведенное наблюдение иллюстрирует трудности рентгенологической диагностики деструкции костной ткани из-за проявлений болезни Бехтерева. АС осложнился развитием спондиллодисцита, следствием которого явилось развитие неспецифического остеомиелита позвоночника и сепсиса.

Описанный клинический случай свидетельствует о необходимости комплексного ведения больного АС смежными специалистами и усовершенствования диагностики и терапии осложнений заболевания. Лечение пациента с АС проводится под наблюдением ревматолога по месту жительства или в ревматологическом отделении. Если у подобного пациента со стойким выраженным спондилогенным болевым синдромом выявлен спондиллодисцит, однозначное мнение специалистов – терапия у ревматолога. При

спондиллодисците показано лечение в нейрохирургическом отделении с соблюдением строгого постельного режима, длительной иммобилизации позвоночника (до нескольких месяцев), что противоречит терапии АС, при котором лечебная физкультура является одним из основных профилактических и лечебных факторов предотвращения обезвреженности позвоночника.

Одним из следствий спондиллодисцита является гнойное расплавление тканей диска, реактивное воспаление прилегающих к нему позвонков, возникновение асептического или септического остеомиелита позвонков, формирование абсцессов с вероятным развитием сепсиса, эпидурита, сдавления спинного мозга с развитием парезов. Пациенты с АС, как правило, принимают нестероидные или стероидные противовоспалительные препараты, уменьшающие выраженность боли, реакцию организма на воспаление. Применение в терапии иммуносупрессивных препаратов может приводить к вторичному иммунодефицитному состоянию, что может способствовать присоединению вторичной инфекции и скрытому хроническому течению гнойной инфекции позвоночника.

Какие же могут быть возможные рекомендации ведения больных со спондиллодисцитами на фоне АС? Консультации и лечение нейрохирургами и ортопедами-травматологами в сотрудничестве с ревматологами. Совершенствование критериев КТ и МРТ диагностики, квалификации специалистов. Поиск новых методов и как можно ранее проведение лечения спондиллодисцита во избежание развития грозных осложнений – остеомиелита позвонков, при котором показана продолжительная антибиотикотерапия и при гнойном расплавлении тканей – оперативное лечение, при котором проводится резекция позвонков с ведением раны с заживлением вторичным натяжением (а это – неудобная поза пациента и длительная иммобилизация), аутоотрансплантацией, иногда – протезированием позвонков [1].

#### Список литературы

1. Гончаров М.Ю., Сакович В.П., Данилов Е.П., Черепанов А.В., Волков И.В., Левчик Е.Ю. // Хирургия позвоночника. – 2005. – №2. – С. 70-72.
2. Диагностика и лечение анкилозирующего спондилита: монография / Полулях М.В., Герасименко С.И., Скляренко Е.Т. и др. – К., 2010. – 192 с.
3. Дубинина Т.В., Эрдес Ш.Ф. Причины поздней диагностики анкилозирующего спондилита в общеклинической практике // Науч.-практич. ревматология. – 2010. – №2. – С. 43-50.
4. Коваленко В.М. Демографія і стан здоров'я народу України: аналітично-статистичний посібник / За ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. – К., 2010. – 144 с.
5. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний внутренних органов / Под ред. О.Я. Бабака. – Справочник врача «Семейный врач, терапевт». – 2-е изд. – К.: ТОВ «Доктор-Медиа», 2009. – 348 с.
6. Регіональні медико-соціальні проблеми хвороб системи кровообігу. Динаміка та аналіз. Аналітико-статистичний посібник / За ред. В.М. Коваленка, В.М. Корнацького. – К., 2013. – 239 с.
7. Эрдес Ш.Ф., Бочкова А.Г., Дубинина Т.В. и др. Ранняя диагностика анкилозирующего спондилита // Науч.-практич. ревматология. – 2013. – №4. – С. 365-367.
8. Якименко О.О., Закатова Л.В., Антипова Н.М. та ін. // Укр. ревматол. журн. – 2014. – №3. – С. 94-95.
9. Poddubnyy D., Vahlidiek J., Spiller I. et al. Evaluation of 2 screening strategies for early identifications of patients with axial spondyloarthritis in primary care // J. Rheumatol. – 2011. – Vol. 38. – P. 2452-2460.