

Из кафедры нервных болезней Медицинского института и нервной клиники физинститута в Свердловске (зав. кафедрой прив.-доц. Я. И. Винокур).

Бруцеллезный ишиас.

Я. И. Винокур.

Изучение бруцеллеза еще не дало стройной классификации этого нервного поражения, но тем не менее уже теперь намечаются более или менее определенные симптомокомплексы. Роже, занимающийся на протяжении ряда лет проблемой бруцеллеза и выделяющий даже особый нозологический подвид этого заболевания—*Neuromelitococcie*, находил гемиплегию, параличи, психозы. Римбо и Жанбон подтвердили его выводы. Кнуд и Краббе находили миелиты, Гаусман, Бингель, Нажметдинов—менинго-энцефалиты. Гонзалес-Люарец описал случай энцефалита, Леданге—полиневрита с преобладанием чувствительных поражений. Объединяя разные формы нервного поражения при бруцеллезе термином невробруцеллез и подчеркивая их полиморфность Штаркер (а также и мн. др.) указывает на преобладание периферических поражений, особенно пояснично-крестцовых радикулитов и невралгий (последних до 40% всех случаев невробруцеллеза). Гершкович, Файбушевич и Фрейдович выделяют периферическую, спинальную и церебральную формы. Явления со стороны периферической нервной системы при бруцеллезе (ишиас, тройничная и межреберная невралгия) описали также Питр и Вайяр, затем Эвальд (ишиас), Бухбанд (случай затылочной невралгии). На частые периферические заболевания в форме ишиаса указывают Минервин и Баландин, Кушелевский, Здродовский. По Ямпольскому наиболее характерны для невробруцеллеза люмбоишиалгии (29 из 34 случаев). Понизовская, Шефер, Мининович и Финкель наблюдали 153 случая невробруцеллеза, из них 142 периферических поражения. По мнению этих авторов страдания периферической нервной системы, именно нижних конечностей, особенно характерны для этого заболевания, чем оно отличается от малярии, чаще поражающей черепно-мозговые нервы и верхние конечности. Некоторые подчеркивают, что при невробруцеллезе на первый план выступают не столько явления со стороны самих нервов, сколько со стороны мышц, связочного аппарата и суставов. Так, например, Понизовская, Шефер и др. отмечают в своих выводах, что „в основе периферических поражений при бруцеллезе лежат поражения мягких частей—мышц и суставов“. Беньяминович считает основным в затяжном бруцеллезе поражение фиброзной ткани (фиброзиты, целлюлиты). Воспаление фиброзной ткани может развиваться в оболочках нервов. При таком периневрите нервный ствол непосредственно, по мнению этого автора, большей частью не поражается, и заболевание протекает клинически как невралгия. Непроизвольный мышечный спазм маскирует периневральные инфильтраты, болезненные при пальпации и

поэтому мало доступные прощупыванию. Из нередких бруцеллезных артритов Безансон выделяет, как самое характерное и частое, поражение крестцово-подвздошных сочленений. В статье, посвященной бруцеллезным суставным поражениям, Фасс также отмечает на своем материале до 30% поражений крестцово-подвздошных сочленений.

Острому началу околосуставных фиброзных процессов (периартикулярных фиброзитов) с повышенной температурой может соответствовать небольшая краснота и припухлость с сильными болями. После окончания острого периода спонтанные боли стихают, и возникают при движении и при пальпации. Иногда при этом могут обнаруживаться утолщения или фиброзные узелки. Образующаяся фиброзная ткань склонна к сморщиванию. Кроме того, болезненность может объясняться непосредственным вовлечением в рубцующуюся ткань чувствительных нервов. Периартикулярный фиброзит крестцово-подвздошного сочленения, а также тесные анатомические отношения между ним, крестцовым сплетением и п. psoas с проходящими по его краям заширительным и бедренным нервами, а также с верхним ягодичным нервом падают свое отражение в симптоматологии страдания и подчеркивают возможность вторичного поражения сплетения или т. н. крестцово-подвздошного (плексулярного) ишиаса.

Понизовская и другие работники из Сев.-Кавказского ин-та невро-психопрофилактики изучили гистонатологические изменения в нервной системе в двух хронических случаях невробруцеллеза, протекавших с явлениями резких болей со стороны периферических нервов. Эти авторы отмечают отсутствие изменений в периферических нервах, убеждающее лишней раз, что при бруцеллезе изменения зависят не столько от поражения самого периферического нерва, сколько от поражения окружающих мышц и суставов.

В параллель с нашими наблюдениями преимущественного поражения крестцового сплетения при бруцеллезе работники Физиотерапевтического ин-та в Ташкенте в своем сборнике, посвященном этой инфекции, отмечают частое поражение люмбокрестцового сплетения и описывают случай менингорадикулита „в форме типичного захвата двух крестцовых сплетений“ с положительными реакциями в спинномозговой жидкости. По Роже частое бруцеллезное поражение крестцово-подвздошного сочленения эволюционирует в форме ишиаса. Этот последний (т. е. бруцеллезный ишиас) по мнению Роже и Рейбо всегда вторичен и протекает как менинго-радикулит, спондилит или крестцово-подвздошный артрит. Штаркер, выделивший до 40% невралгических поражений при невробруцеллезе, также просит обратить внимание на сакроилеиты.

Многими авторами отмечаются изменения ликвора при бруцеллезном поражении нервной периферии, не дающие (кроме редкой иногда находки в форме положительной р. Райта в жидкости) ничего специфического. Файбушевич совместно

с Гершкович и Дмитриевой была даже сделана попытка, не кажущаяся, впрочем, нам убедительной, выделения бруцеллезных синдромов жидкости. Заслуживает внимания их указание на не столь редкие умеренно патологические находки в жидкости у бруцеллезных при полном отсутствии клинических признаков первого поражения. Этот же вывод о наличии менингеальной реакции при болезни Банга в клинически бессимптомных случаях был сделан еще ранее французскими авторами. Положительную реакцию Райта в жидкости отмечают Понизовская, Шефер, Феручио, Файбушевич, Гаусман, Шенкер и др. В работах Ин-та физиотерапии в Ташкенте найдено при радикулитах (пояснично-крестцовых и др.) повышенное давление, иногда менингитическая р. Таката-Ара при нормальном количестве белка и незначительном цитозе, изредка ксантохромия и редко р. Райта. Понизовская также приводит в 7 (из 10) случаях периферического невробруцеллеза белково-клеточную диссоциацию с наличием положительной р. Райта в жидкости в разведении 1:50 в одном из них.

Вторичный ишиас, выявляясь, правда, в отдельных случаях, как раннее проявление бруцеллеза, обычно развивается медленно, сопровождаясь резкой болезненной реакцией и обычно протекает в течение нескольких месяцев с большим процентом случаев рецидива в дальнейшем. Несмотря на длительность течения, нередко двустороннее (до 30% по Роже) поражение, частую ундулирующую лихорадку, а также ундулирующее течение процесса (Ямпольский), обращает на себя внимание иногда общий хороший вид и относительно удовлетворительное в безболевых периодах самочувствие больного. Нередким и несколько своеобразным признаком является чередование болей в форме волнообразного появления то правого, то левого ишиаса в тяжелых случаях (Ямпольский, Роже, наши наблюдения). По Фрейдовичу маскообразность лица, иногда несколько застывший его характер, замедленность движений, блеск глаз и некоторые другие признаки позволяют заподозрить невробруцеллез *par distance*. Нам представляется это мнение далеко идущим, но все же некоторую гипомимию, которую мы также наблюдали у отдельных наших б-ных бруцеллезным ишиасом, отмечают французские авторы, Ямпольский и др. Затяжное течение, нередкая спленомегалия, крестцово-подвздошная локализация, серологические и отчасти эпидемиологические данные приводят к правильному диагнозу и при отсутствии лихорадки.

Для лечения бруцеллезного ишиаса предложено много различных средств. Часто употребляются уротропин, колларгол, неосальварсан (последний дает, по Беньяминовичу, благоприятный эффект в начальной стадии острого периода) и др. Временный хороший болеутоляющий эффект дает переливание крови (Понизовская, Беньяминович и др.). Ямпольский применял буксаию по Сперанскому, причем в 10 случаях из 29 получил блестящий болеутоляющий эффект через сутки (!), в 12 случаях улучшение было медленным, в 7 случаях с измененным ликвором не полу-

чил улучшения. Наиболее эффективна физиотерапия. Пароньян и Прозоровский рекомендуют рентгеновское облучение селезенки при высокой температуре и без нее. По другим авторам, рентгенизация не имеет преимуществ перед другими видами физиотерапии (Штаркер и др.). Разными авторами отмечается болеутоляющий эффект и сокращение периода обратного развития в апиректических периодах при лечении ультрафиолетовой эритемотерапией, световыми ваннами и при ионизации антипирином. Наиболее мощным средством, повидимому, является диатермия. Особенно эффективно ее действие в случаях бруцеллезного фиброза и периартрита. Лечебный эффект повышается при комбинированном действии диатермии с нессальварсаном (Фельдман). Мы видели отчетливый болеутоляющий эффект от удлиненных сеансов диатермии с несколько пониженной силой тока.

Наш материал состоит из 20 наблюдений бруцеллезного ишиаса, 16 из них наблюдались в разных учреждениях в стационарной обстановке. Ниже приводятся 2 наблюдения.

Случай 1. Г., 39 л., зоотехник, поступил в нервную клинику с температурой 38,2° и жалобами на боли в ногах, больше в левой, пояснице и общую слабость. Заболел в овцеплемхозе Омской области, где работал овцеводом. Бруцеллез у животных племхоза установлен лабораторно. Общая слабость наметилась с 1 апреля. Вскоре появились позднее исчезнувшие боли в правой руке, затем опухло правое яичко с сильными болями в нем, а также в руках, ногах и голове. Мучила бессонница. Температура ундулирующего тина с 19.IV по 1.V. В Омской инфекционной больнице обнаружены реакции Райта и Бюрне, а также получена гемокультура из группы бруцеллеза. По поступлении в нервную клинику боли постепенно прогрессировали в левой ноге, а в конце июня выявилась картина жестокого левостороннего ишиаса. Статус 25.VI: Ласег 10—15°, контрольтеральный Ласег 70°, Нери—отсутствует. Острая болезненность при сдавлении обоих гребешков подвздошных костей (симп. Фолькмана-Эриксона). Феномен Ге (резкая боль в крестце при совместном форсированном сгибании в тазобедр. суставах согнутых ног). Болезненность аддукторов при ущемлении их пальцами (признак Барре). Резкая болезненность в верхне-внутренней области левой ягодицы. Болевая чувствительность несколько ослаблена на наружной поверхности стопы и голени. Легкая атрофия мышц в левой ягодицной области. Оба ахилловы и коленные рефлексы повышены. Частые запоры. Внутренние органы—без особых отклонений. Рентгенологическая картина позвоночника, крестц.-подвздошн. и тазобедренного суставов нормальна. Положительная реакция Райта в крови (20.VI и 26.VI в разведении 1:1600) и положительная р. Бюрне (20.VII). Ликвор: реакция Нонне-Апельта и Панди отрицательные. Реакция Ланге 1 2 3 4 3 4 3 2 2 2. Белок 0,3¹/₁₀₀.

29.VII—Общее самочувствие удовлетворительное. Гипестезия на наружной поверхности сгладилась. Температурная кривая за все время пребывания в клинике колебалась между 36—38°. Лечение: внутривенно уротропин, облучение рентгеном селезенки, диатермия.

Таким образом картина ишиаса развилась через 3 месяца от начала заболевания. Локализация болезненности, симптомы Фолькмана, Ге, Барре, атрофия ягодицы указывают на крестцово-подвздошную форму ишиаса (по классификации Роже-Сикара). Несколько особняком выглядит характер кривой Ланге, диссолируя с другими признаками. Сухожильные рефлексы нижних конечностей повышены.

Случай 2. Г., ветеринарный врач, 36 лет. Заболел в феврале 1936 г., спленомегалия, поты, лихорадка. Пребывание в нескольких больницах под разными

Диагнозами. 21.IV—правосторонний ишиас, успешно леченный диатермией. 27.VI резкие боли в нижней части поясницы, в ягодиче—слева, с симптомами Ларрея, Фолькмана, Ге, Барре, Нери при маловыраженном Ласеге. Сухожильные рефлексы повышены. Селезенка увеличена. Реакция Райта положительна при разведении 1:400. Ликвор: цитоз—3 в 1 куб. мм, белка 0,4⁰/₁₀₀. Реакция Нонне-Аппельта отрицат. Выписан с значительным улучшением. В феврале 1937 г. снова боли уже в правой ноге.

Медленно развившийся с ремиссиями разной продолжительности „альтернирующий“ ишиас крестцово-подвздошного типа со спленомегалией, лихорадкой, потами, положительной р. Райта, в описанном случае относительно успешно леченный диатермией, представляет типичный пример бруцеллезного ишиаса.

Нередко встречающееся повышение сухожильных рефлексов при бруцеллезном ишиасе, кстати сказать, уже отмеченное в литературе, мы наблюдали в большинстве наших случаев. Мы склонны объяснить это повышение длительными болями в нижних конечностях при сохраненной проводимости нервных стволов.

Из 20 случаев мы могли диагностировать крестцово-подвздошный ишиас в 16 случаях. В трех эта локализация была для нас сомнительна, ввиду мало выраженных, но тем не менее ясных изменений в составе ликвора. Характер этих изменений уже отмечен нами выше в описании симптоматики бруцеллезного ишиаса. Мы полагаем, что частые находки в ликворе при бруцеллезе, в том числе и при асимптомном, едва ли меняют в основном при наличии всех других признаков плексулярную локализацию этой полиморфной болезни. Впрочем, мы не исключаем и диссоциированного плексулярного ишиаса с двойной локализацией, подобно описанному Роже диссоциированному фуникулярному ишиасу, когда процесс локализуется также в 2 местах (в фуникулярной и стволовой части). В 3 других случаях ишиас носил характер радикулита, а в одном случае мы не смогли установить точную топику заболевания.

Выводы: 1. Бруцеллезный ишиас—заболевание вторичного характера. Доминирующая форма его—плексулярный ишиас.

2. Относительно часто возникает реакция со стороны спинномозговых оболочек. Другие частые признаки бруцеллезного ишиаса: длительность, склонность к рецидивам, ундулирующее течение и лихорадка.

Литература. 1. Позниовская, Шефер и др., Невро-психиатрия на Сев. Кавказе, Сб. № 1, 1934.—2. Труды Ин-та физиотерапии и курортологии, Сборник № 5, Ташкент, 1935.—3. Фасс, Клиника бруцеллезных артритов. „Труды исследов. и-тов“. Свердловск, 1935.—4. Штаркер, Сов. неврол. т. III, вып. 1, 1932.—5. Ямпольский, Клин. медиц. т. XV, № 10, 1936.—6. Rimbaud et Janbon, „La Presse Médicale“, 4, 1933.—7. Roger, „La Presse Médicale“, № 735, 1933.