

Посвящается глубокоуважаемому проф. В. Л. Боголюбову.

Первичный острый остеомиэлит позвоночника.

Завед. Хир. отд. М. С. Знаменского.

Среди разнообразных воспалительных заболеваний позвоночника острый гематогенный остеомиэлит в количественном отношении занимает более чём скромное место, но по тяжести своего течения, по числу осложнений, иногда более тяжелых, чем основная болезнь, и по высокой смертности он должен быть поставлен наряду с наиболее серьезными заболеваниями.

Впервые остеомиэлит позвоночника описан в 70-х годах прошлого столетия. В 1899 г. Hahn смог уже собрать 41 случай, Grisel — в 1903 г.—55 случаев и Hunt в 1904 г.—61 случай. В эти цифры были включены также случаи остеомиэлита крестца, которых в статистике Hunt'a было 16. Donati в 1906 г., собравши всю мировую литературу об остеомиэлите позвоночника, упоминает о 56 случаях, но он отбрасывает из своей статистики случаи остеомиэлита крестца, которых в то время насчитывалось 16. Наконец, Volkmann в своей диссертации 1915 г. говорит уже о 78 случаях остеомиэлита позвоночника. С тех пор, времена от времени опубликовывались отдельные случаи.

Так, в русской литературе:

1 случай	Ясенецкого-Войно	— крестцов. кость
1 "	Додоновой и Цейдлер	— грудная часть
9 "	Краснобаева	— разные отделы
2 "	Ю. А. Ратнер	— крестцов. кость
1 "	описанный ниже	— пояснично-грудн. часть.

В иностранной литературе:

2 случая	Pentschewa	— поясничн. часть.
----------	------------	--------------------

Всего, таким образом, 16 случаев остеомиэлита, из коих 3 относятся к крестцу. Присоединяя их к статистике Volkmann'a, получаем: остеомиэлит позвоночника 91 случ.

 " крестца 19 "

 " крестцово-поясн. отдела . . 4 случ.,

т. е. всего 114 случаев.

Ротенберг и Додонова-Цейдлер упоминают о 125 случ., но мне их найти в литературе не удалось. Случай Тимофеева, Грекова мною не включены, т. к. они вторичного происхождения.

Фактически таких случаев больше, но одни из них остаются нераспознанными, будучи замаскированы тяжелыми осложнениями, другие являются спорными или недоказанными. Так, например, Краснобаев,

на своем материале в 428 острых остеомиэлитов, имел 40 случаев остеомиэлита позвоночника, но доказанными из них считает только 9.

По отношению к оструму остеомиэлиту других костей, позвоночник составляет ничтожный процент. Так, по данным Тюбингенской клиники за 40 лет и др. на 610 остеомиэлитов трубчатых костей было 51 остеомиэлит плоских, среди этих последних 2% падает на позвоночник, т. е. к общему числу остеомиэлитов позвоночник дает всего 0,16%. Цифры Краснобаева значительно выше: на его материале остеомиэлит позвоночника составляет 2,1% к общему числу (на детском материале).

Спорный вопрос о включении или невключении в статистику остеомиэлитов крестца решается различно: Donati, Gross, Gundersmann, Ратнер и др. считают, что по клинической картине и по патолого-анатомической основе остеомиэлит крестца представляется заболеванием совершенно своеобразным и скорее должен рассматриваться вместе с костями таза. Противники—Ясенецкий-Войно, Гейкинг, причисляют крестец к позвоночнику, главным образом, вследствие их эмбриологической родственности, а также их тесной анатомической связи между собой, благодаря которой процесс может распространяться с позвоночника на крестец и обратно. Однако, общность происхождения является довольно натянутым поводом для объединения крестца и позвоночника в одну группу, т. к. и течение, и симптомы при остеомиэлите крестца совершенно своеобразны и сближают его в этом отношении с костями таза (Ратнер). Поэтому в дальнейшем изложении речь идет, главным образом, об остеомиэлите позвоночника без крестца.

Привожу в извлечении историю болезни случая, наблюдавшегося в заведуемом мною отделении Казанского военного госпиталя.

Красноармеец-артиллерист Б-в И., 22 лет, крестьянин, поступил в терапевтическое отделение Казанского военного госпиталя 21/VIII 28 г. Ист. бол. № 1028.

Анамнез: Заболел 13/VIII, после того, как долго ездил верхом в седле, больми в правом боку и в правой половине спины, затем скоро боль охватила всю грудь. Был небольшой сухой кашель. Неделю лечился в приемном покое части (банки на грудь, хинин), все время был жар. В настоящее время те же боли в правом боку и в правой половине спины; не может сделать глубокого вдоха из-за болей в спине. Из перенесенных болезней указывает на малярию в 1921 г. и сыпной тиф в 1923 г. Перед настоящим заболеванием ничем не болел, не было никакого гнойного фокуса на коже.

Stat. praesens: высокого роста, правильного телосложения, с хорошо развитой мускулатурой и с слабо выраженным подкожным жиром.

Общее состояние тяжелое (st. typhosus). Пульс 72 в 1 мин., язык обложен, дыхание не учащено, живот умеренно вздут, напряжен и болезнен.

В легких перкуторных изменений нет, в правом несколько ослабленное дыхание.

Сердце в нормальных границах, тоны глухи и укорочены, 2-й тон легочной артерии акцентирован.

Печень не увеличена, селезенка не прощупывается. Стул задержан (через сутки). Грудная часть позвоночника выпрямлена и неподвижна. Движения болезнены.

Сухожильные рефлексы нижних конечностей возбуждены; симптом Кернига; симптома Бабинского нет.

23/VIII больной по просьбе курирующего врача осмотрен мной. Те же явления, что описаны выше, но при осмотре спины обнаружено: в области нижних грудных и верхних поясничных позвонков пастозная припухлость без красноты. При надавливании пальцем остается ямка. Надавливание на остистые отростки 1, 12 грудных и 1 пояснич. позвонков вызывает живую боль. Боль распространяется также по нижним межреберьям как вправо, так и влево. Боль становится резкой при надавливании в X и XI межреберьях, больше справа.

Больной держит весь позвоночник выпрямленным и неподвижным. На просьбу согнуть голову, он это делает, не сгибая шейной части позвоночника. При поворачивании на бок, он точно также щадит спину, производя все движения медленно и только при помощи рук и ног. Наиболее удобным для него является положение на боку с слегка согнутыми ногами. Живот умеренно вздут, при пальпации чувствуется нерезкий *defense musculaire*, болезненность повсюду без определенной локализации. Моча задержана. Больной катетеризуется два раза в сутки. Зрачки равномерны, не расширены, хорошо реагируют на свет.

На основании полученных данных высказано предположение об остром остеомиэлите позвоночника, именно 11,12 грудных и 1 поясничного позвонков с явлениями сдавления спинного мозга и корешков. Больному предложена операция, от которой он отказался.

25/VIII. Общее состояние тяжелое. Стул задержан, моча выпускается катетером. В моче следы белка. Переведен в хирургическое отделение.

26/VIII. Утром наступила нижняя параплегия. Сухожильные рефлексы отсутствуют, также отсутствуют нижние брюшные и с кремастера. При осмотре спины обнаружено выпячивание в виде горба, в составе 2—3 позвонков, плотной консистенции, принятое за настоящий горб (только на операции выяснилась опишка).

27/VIII. Приглашен на консультацию невропатолог (д-р Тихомирова, которой здесь пользуюсь слушаем принести свою благодарность). Заключение невропатолога: Paraplegia inferior, gibbus разлитой (5—6—7); коленные рефлексы отсутствуют; Ахиллов справа есть, слева отсутствует. Брюшной рефлекс имеется только левый верхний, все другие также отсутствуют. Рефлексы с кремастера отсутствуют, а равно и подошвенный. Чувствительность: анестезия, ограниченная сверху Д6—Д5; мышечное чувство на ногах резко расстроено. Тазовые органы расстроены. Диагноз: спондилит и сдавление спинного мозга.

Исследование крови показало лейкоцитоз—22000. Формула: нейтрофилов 81% (сегмент.—43%, юных 6%, палочек.—32%); эозинофил. 1,5%; моноцит. 5%; лимфоцит—12%.

В тот же день произведена операция ламинэктомии.

Местная инфильтрационная анестезия по способу проф. Вишневского. Широкий кожный разрез по верхушкам остистых отростков, с расчетом, чтобы в центре находились 11,12 грудные и 1 поясничный позвонки. По рассечении мышечных прикреплений к остистым отросткам тотчас же показался гной—густо-сливкообразный, желтого цвета, в большом количестве, больше, однако, справа, чем слева. (Гной, скопившийся под апоневрозом и дал картину gibbus'a). Благодаря присутствию гноя дальнейшие инъекции новокаина стали невозможны и отслойка надкостницы произведена без анестезии (болезненна). По отодвигании в обе стороны мышечных массивов обнаружены: caries поперечного отростка 12 груди позвонка, 3-х остистых отростков и дужек. Костным липцами скучены пораженные остистые отростки, при этом видна серая поверхность губчатого вещества, из которого при дальнейшей работе щипцами выдавливаются капли гноя. После резекции одной дужки из спинномозгового канала показался в большом количестве гной как из верхних, так и из нижних его отделов. Твердая мозговая оболочка пульсирует, эпидуральное пространство содержит рыхлые грануляции. Оперирование на костях было очень мало болезненно. Операция закончена резекцией 3-х дужек (11,12Д и 1α) и поперечного отростка 12Д. В полость введены тампоны, рана сужена швами.

В гною, взятом при операции, найдены стафилококки в чистой культуре (Микробиологический институт). Больной уложен на наклонной кровати в Биссоновской капсуле. Однако, вытяжение пришлось через 2 дня снять, т. к. на крестце образовался обширный пролежень. После поворота на тот и другой бок быстро появлялись пролежни на больших вертелах, на мышелках бедра, на лодыжках. После лежания в течение нескольких часов на животе—пролежни на коленных чашках. Катетеризация.

Т° в первые дни после операции имела тенденцию к понижению, но в дальнейшем она опять стала давать вечерние повышения, до 38 с десятыми.

9/IX Невропатологи (д-ра Тихомирова и Молчанова) нашли следующие изменения по сравнению с первым исследованием: левый Ахиллов рефлекс вызывается, намек на нормальный подошвенный, появился рефлекс с кремастера. Верхняя граница болевой чувствительности понизилась до Д-10. Диагноз: Миэлит вторичного происхождения. Терапия: Sol. Natr. iodati 5% по 5 к. см. внутривенно через день.

13/IX. Задержка мочи сменилась недержанием. Пузырь почти пуст. В операционной ране появились грануляции, часть швов разошлась.

17/IX. Явления цистита: моча мутная с запахом, в остаточной моче слизистые перепонки серого цвета. Начаты промывания пузыря раствором оксицианистой ртути 1:1000.

20/IX. Опухоль и боль левого коленного сустава, кожа нормального цвета, но несколько пастозна, в суставе—выпот. Пункция. Получена серозно-мутная жидкость, в которой при микроскопическом исследовании найдено много лейкоцитов.

26/IX. Замечены такие же явления в правом коленном суставе. После 10 инъекций иодистого натра появилось некоторое улучшение—хорошо выраженный подошвенный рефлекс и улучшение тактильной и болевой чувствительности.

6/X. После нескольких пункций левого коленного сустава, в последний раз с вприскиванием в полость сустава антивируса, улучшения нет. Поэтому произведена артrotомия сустава (Aether-gausch) с последующей тампонадой антивирусом.

12/X. Больной истощен, но у него все время хороший аппетит, стул совершается самопроизвольно. Операционная рана, начавшая было гранулировать, остается без движения. Пролежни захватывают соседние участки. Реакций заживления в них почти нет. Боковые части крестца обнажены.

18/X. При отделении некротического струпа на б. вертеле левого бедра обнаружена обнаженная и кариозная бедренная кость.

20/X. Из полости левого колена образовался гнойный свищ в подколенную ямку. При исследовании свища зондом—обнаружен кариозный процесс в б. берцовой кости.

28/X. Нарастающая кахексия, резкая атрофия мышц, падение сердечной деятельности в течение последних дней и exitus letalis.

Данные патолого-анатомического вскрытия. Полное отсутствие жира, не только под кожей, но также в сердечных оболочках и в почечной капсуле. Легкие без всяких изменений, кроме сращений плевральных листков соответственно нижним долям. Сердце небольших размеров, в систоле. В печени и почках явления перерождения. Селезенка увеличена.

Позвоночник: дуги и остистые отростки 11,12 грудн. и 1 поясничн. отсутствуют (следствие удаления при операции). Остистые отростки 9,10 грудных и 2 поясничн. обнажены от надкостницы и кариозны.

Спинно-мозговой канал вскрыт и в глубине его видна твердая мозговая оболочка. При распиле позвоночника обнаружены гнойники величиной с лесной орех в хрящах между 11—10 и 11—12 позвонками; с хрящем гнойный процесс перешел на прилегающие части тел 10,11 и 12 позвонков, вызвав их частичное разрушение. Мозговые оболочки в процессе не вовлечены. Таким образом обнаружен обширный процесс, захвативший дужки, отростки, тела и межпозвоночные хрящи 3-х позвонков.

Остеомиэлит позвоночника есть болезнь растущего организма. Частота его по десятилетиям такова:

1 десятилетие	22 случ.	} 76,7%
2 "	34 "	
3 "	13 "	
4 "	3 "	
5 "	1 "	

(Donati).

Таким образом на первые два десятилетия падает больше чем $\frac{3}{4}$ всех случаев.

Мужчины заболевают чаще женщин (72% и 28%).

Преимущественной локализацией процесса является грудная и поясничная часть позвоночника.

По Volk-mann'у· поясничный отдел	47%
" грудной	31%
" шейный	20%

Число пораженных позвонков редко больше одного. Поражение нескольких позвонков наблюдалось в 31,5% и преимущественно при локализации на дужках.

Что касается локализации процесса в пределах воспаленного позвонка, то здесь находят его чаще в дужках и отростках и реже в телах. В этом отношении остеомиэлит существенно разнится от туберкулезного поражения позвоночника.

По Volk-mann'у: остеомиэлит дуг и отростков наблюдался в . .	66%
" позвонков	25%
" диффузный всего позвонка . . .	9%

Ротенберг на основании своих исследований губчатого вещества позвонков приходит к следующим выводам. Причина частоты остеомиэлита в молодом возрасте—это строение губчатого вещества позвонков и его кровоснабжение. Ячейки губчатого вещества наиболее мелки и всего богаче снабжены сосудами в детском возрасте. К старости ячейки становятся крупнее, а кровоснабжение беднее. Кроме того, межреберные артерии, питающие позвоночник, в детском возрасте отходят от аорты под острым углом, чем облегчается занос в них эмболов. В старшем возрасте отхождение артерий происходит под прямым или тупым углом и только в поясничной части оно сохраняет детский тип. Отсюда частота остеомиэлита у детей и преобладающая локализация в поясничной части.

Исходным пунктом для инфекции служат иногда различные гнойные процессы кожи—фурункул, лимфаденит, стоматит и т. п. (16%), в остальных случаях ворота инфекции остались невыясненными. В 23%—в анамнезе есть указания на травму (толчок, удар, сотрясение). Возбудителями болезни является в большинстве случаев стафилококк и только очень редко стрептококк.

При остеомиэлите дужек всего чаще поражается остистый отросток, реже бедра самой дужки и еще реже поперечные отростки. Процесс может протекать в форме периостита с образованием поднадкостничного абсцесса или остео-периостита с вовлечением в процесс поверхностной пластинки кости или, наконец, воспалением охватывается вся кость во всю толщу, гной пропитывает губчатое вещество, как губку, а при откусывании щипцами вытекает из него каплюми. Цвет губчатого вещества вместо красного представляется серым, оно очень рыхло, податливо и без труда вычертывается острой ложкой. Секвестры образуются редко или они очень малы, т. к. богатое кровоснабжение губчатого вещества составляет неблагоприятное условие для их образования.

Образовавшийся гной уже очень рано ищет себе выхода, и здесь он обычно проникает кзади, располагаясь между задней поверхностью позвоночника и мышечным массивом спины. При увеличении количества гноя происходит его просасывание по межмышечным щелям до подкожной клетчатки и образование подкожного абсцесса. Однако, самопроизвольного вскрытия гноя через кожу с образованием свищей не описано. Если гной в полости абсцесса находится под большим давлением, то может произойти его проникновение также и кпереди, т. е. в спинномозговой канал. В этом случае гной помещается в эпидуральном про-

странстве, которое сзади обширнее, чем спереди, и постепенно распространяется здесь вверх и вниз, омывая твердую мышечную оболочку на широком пространстве. В результате — нарушаются ее биологические свойства, образуется брешь в гемо-энцефалическом барьере и появляется целый ряд расстройств со стороны спинного мозга, начиная с легких явлений сдавления спинного мозга и кончая миэлитом с полной паралигней или восходящим миэлитом. Напротив, менингит бывает как исключение.

Корешки спинного мозга также иногда омываются гноем и в этом случае могут развиться явления неврита.

Прорыв гноя в спинно-мозговой канал наблюдался 20 раз на 78 случаев (Volkman).

Наконец, реже гной прокладывает себе путь спереди, располагаясь в этом случае во влагалище m. psoas или в подвздышной ямке.

При остеомиэлите грудной части возможны осложнения со стороны средостения, плевры и легкого в форме гнойника в соответствующих органах. Типичным примером может служить случай Додоновой и Цейдлер, где абсцесс легкого вскрылся в бронхах и при откашивании огромного количества гноя вместе с ним отходили маленькие костные секвестры, что и позволило с несомненностью установить диагноз остеомиэлита позвоночника.

При остеомэлите тел позвонков процесс протекает более бурно, иногда развивается кифоз, проникновение гноя в спинно-мозговой канал, также более часты осложнения в форме вторичных остеомиэлитических очагов в других костях. Гной обычно пробивается спереди, распространяясь по влагалищу m. psoas, в превертебральном пространстве, иногда до малого таза и даже проникает отсюда через седалищное отверстие в ягодичную область. Иногда, реже, гной прокладывает себе путь кзади от позвоночника. В случае выздоровления может остаться горб.

Симптомы и течение.

Болезнь обычно начинается остро и производят впечатление тяжелой общей инфекции. Высокая лихорадка, тифозный habitus с неопределенными болями не дают достаточных опорных пунктов для диагноза. Местные явления обнаруживаются спустя несколько дней после начала болезни и выражаются прежде всего болью в позвоночнике, усиливающейся при движениях. Боль является самым ранним симптомом и постоянна во всех описанных случаях. Вследствие болей — больной бережет позвоночник и держит его выпрямленным, не допуская малейшего сгибания при переменах положения в постели и при исследовании. Благодаря рефлекторному спазму мышц позвоночник прочно фиксирован в выпрямленном положении, которое не исчезает и во время сна. Точно также вследствие болей больной избегает лежать на спине, а избирает себе положение на боку с слегка согнутыми ногами.

Сравнительно рано на месте больных позвонков появляется пастозная припухлость, выполняющая в большей или меньшей степени срединный желобок спины на ограниченном участке, иногда сопровождающаяся умеренным покраснением кожи. Давление на соответствующие остистые огостки в это время сопровождается отчетливой болезненностью.

К сожалению, эти местные симптомы часто заслоняются от внимания врача рано наступающими осложнениями, которые могут совершенно изменить картину.

Одним из самых тяжелых осложнений является прорыв гноя в спинно-мозговой канал. В этом случае на первый план выступают мозговые явления, выражющиеся сначала симптомами сдавления спинного мозга (повышение сухожильных рефлексов, симптомом Бабинского, и целый ряд корешковых явлений в виде опоясывающих болей в груди и животе, напоминающих межреберную невралгию, стреляющих болей в половые органы или седалищной невралгии). Обычно в это же время замечается умеренный метеоризм, что в сопровождении болезненности брюшных мышц может симулировать перитонит, а также некоторые расстройства тазовых органов (запор).

Если в этом периоде не сделана операция, то очень скоро вслед за описанными явлениями наступает миэлит с парализией, резкими расстройствами тазовых органов, пролежнями и пр.

Прорыв гноя в средостение, плевру, легкие могут дать соответствующую клиническую картину также как скопление его может симулировать поддиафрагмальный нарыв, паранефрит и т. п.

Течение болезни неодинаково в зависимости от локализации процесса как по отделам всего позвоночника, так и в пределах отдельного позвонка. Наиболее тяжелое, даже бурное течение бывает при диффузном поражении всего позвонка в целом. В этом случае болезнь имеет наклонность к образованию метастазов и в 2—3 недели ведет к смерти от пневмонии. Несколько лучше течение при остеомиэлите тел. Но и здесь все же болезнь имеет наклонность к метастазам и дает высокую смертность.

Остеомиэлит дужек и отростков протекает благоприятнее других и после своевременной операции чаще дает хороший исход. Что касается различных отделов позвоночного столба, то здесь всеми авторами отмечается наиболее тяжелое течение при заболевании поясничного отдела, более легкое в шейном и, наконец, в грудном отделах.

Остеомиэлит крестца дает также довольно тяжелое течение и высокую смертность, которая до недавнего времени считалась даже наибольшей, но опубликование нескольких случаев выздоровления, коренным образом изменили процентные отношения.

Распознавание.

Своевременное распознавание болезни, вследствие опасного соседства таких важных органов, как спинной мозг, средостение, легкие, почки, приобретает особую важность, потому что только ранняя операция может предотвратить роковые осложнения и спасти больного. Между тем, местные симптомы обычно в первый период болезни выражены неясно и могут быть незамеченными из-за тяжелых общих явлений, которые могут овладеть вниманием врача и повести его к ошибочному диагнозу. Неудивительно поэтому, что в статистике Нahn'a на 41 случай остеомиэлита правильное распознавание было сделано только 11 раз.

Симптомы сдавления спинного мозга могут дать повод заподозрить менингит и другие заболевания центральной нервной системы; сдавления корешков спинного мозга дают картину невральгий—межреберных, седалищных и др. или мышечных болей, которые при локализации в брюшных мышцах производят впечатление *defense musculaire* и перитонита. В случае образования абсцесса в зависимости от локализации остеомиэлитического очага болезнь может быть принята за поддиафрагмальный нарыв, паранефрит, плеврит, пневмонию и т. п.

Одним из самых ранних и очень важных симптомов является боль в позвоночнике. Эта боль ощущается больным и самостоятельно и особенно при движениях позвоночника, даже ограниченных. Если же у врача возникает подозрение относительно позвоночника, то этот признак становится почти решающим, потому что при пальпации остистых отростков больной сразу отметит отчетливую боль только в одном или нескольких позвонках.

Обычно в это же время можно бывает заметить пастозность кожи, выполняющей средний жалоб спине в виде подушечки. Может быть незначительная краснота, но может ее и не быть. Далее весьма важно отметить болезненность при движениях позвоночника. Больной держит весь позвоночник в фиксированном выпрямленном положении и явно его щадит, избегая какого-бы то ни было сгибания его. В нашем случае при локализации процесса в пояснично-грудном отделе больной отказывается согнуть голову, а при перемене положения в постели он это делает исключительно при помощи своих конечностей. Спина и шея при этом остаются выпрямленными и неподвижными, как будто окостеневшими. Спустя некоторое время могут появиться признаки абсцесса. В виду его глубокого положения под мышечным массивом он трудно распознается обычными методами пальпации, но все же при поражении дужек в особенности, может образоваться флюктуирующая опухоль на месте бывшего отека, если гной проложил себе путь через мышцы под апоневроз или даже под кожу. Если опухоль не флюктуирует, уместно сделать пробную пункцию. Однако, диагностическое значение может иметь только положительный результат пункции. Описаны случаи и тяжелых, даже смертельных осложнений после пункции. Поучителен в этом отношении случай, описанный Рентшевым:

Жалобы больного на сверлящие боли в крестце и левой половине живота. При осмотре в левой почечной области легкий отек, при ощупывании — болезненность. Вследствие предположения о поддиафрагмальном абсцессе — предпринята пункция в левой половине груди, но гноя не получено. Ухудшение и на седьмой день exitus letalis. На вскрытии найден абсцесс в паравертельбраном пространстве на уровне 2—3-х поясничных позвонков. Медиальная стенка полости образована телами позвонков, которые отделены от надкостницы. В полости около 100 куб. см. густого сливкообразного гноя. На верхнем полюсе увеличенной и амилоидно-перерожденной селезенки отверстие (после пункции), а в брюшной полости около 500 куб. см. темной крови.

При остеомиэлите шейных позвонков можно прощупывать тела их через заднюю стенку глотки, там же может быть прощупан заглоточный абсцесс. Прощупывание через брюшную стенку много труднее, т. к. сопутствующий метеоризм и defense musculaire препятствуют пальпации.

Симптомы сдавления спинного мозга могут указывать на вхождение гноя в спинно-мозговой канал, и, тем самым, они подтверждают диагноз. Точно также косвенным подтверждением распознавания могут быть вторичные остео-миэлитические очаги в других костях. Для дифференцирования от других заболеваний позвоночника необходимо исключить: 1. Туберкулезный спондилит — он исключается легко, т. к. характеризуется хроническим течением. 2. Тифозный или инфекционный спондилит. Для последнего характерна наличие тифа в ближайшем прошлом (безразлично какого — брюшного, сыпного или возвратного, т. к. картина болезни одинакова), доброкачественное и медленное течение, отсутствие абсцес-

сов, а также высокой лихорадки. Обычно по прошествии нескольких месяцев наступает выздоровление при консервативном лечении. Самый большой материал инфекционных спондилитов дали русские авторы в период тифозных эпидемий (Гольст). 3. Травматический спондилит. В этом случае в анализе травма, течение хроническое, исход благоприятный (Духовской). 4. Острый ревматизм. Последний поражает чаще грудную часть позвоночника и легко поддается противо-ревматическим средствам. Кроме того, ревматизм редко избирает позвоночник своим единственным местом, обычно можно бывает найти воспалительные явления и в других суставах. Боли при нем распространяются на большее пространство, чем при остеомиелите, и опухоль, отек и пр. имеет другой характер.

Прогноз при гнойном остеомиелите позвоночника зависит с одной стороны от тяжести инфекции, от пораженного отдела, от локализации процесса в пределах позвонка, от наступления осложнений, а с другой— от раннего диагноза и ранней операции. Общая смертность довольно высока, но она за последние годы имеет наклонность к снижению, что объясняется, может быть, лучшим распознаванием и ранним вмешательством.

По Donati:	до 1890 г. 11 сл., смертность . . .	81,8%
	1891—1900 г.г. 25 сл.	48%
	1901—1905 г.г. 18 сл.	22%

Средняя смертность по Volkmann'у:

1896 г. Makins und Abbott	71%
1900 г. Hahn	58%
1906 г. Donati	45,5%
1911 г. Grisel	51%
1914 г. Volkmann	41,8%

Присоединяя к статистике Volkmann'a, случаи опубликованные позже 1914 г. (13), мы получим среднюю смертность—40,6%.

Что уменьшение смертности, наблюдаемое из года в год, зависит от своевременной операции, видно из раздельной статистики смертности случаев, где произведена была операция, и случаев неоперированных. В то время, как в первой группе смертность 34%, во второй умерли все за исключением одного.

Смертность в зависимости от пораженного отдела позвоночника и локализации в пределах одного позвонка выражается цифрами:

шейная часть	44,4%
грудная "	27,7%
поясничная "	65,3%
дужки	33%
тела	78%

(Donati).

Причина высокой смертности при поражении поясничного отдела объясняется, как думают, предпочтительной локализацией процесса в телях позвонков, в частоте бурного течения болезни с тяжелыми осложнениями, наклонностью к развитию септицемии и пиэмии.

Лечение.

Хирургическое активное вмешательство должно быть неотложным, как только установлен диагноз остеомиэлита позвоночника. Надежда на благополучный исход тем реальнее, чем ранее оно предпринято. Если операция производится при раннем диагнозе, то она может состоять в простом вскрытии абсцесса. К вскрытию может быть присоединено выскабливание доступного гнойного очага, не слишком настойчивое, острой ложкой, или удаление уже отделившихся секвестров, имеющих обычно маленькие размеры.

Если при обнажении позвоночника обнаруживается процесс в одном из отростков или дужек, то рационально резецировать соответствующую часть. Такая резекция совершенно необходима при входлении гноя в спинно-мозговой канал, и в этом случае операция производится по типу настоящей ламинектомии с удалением всех пораженных дужек. Точно также резекция необходима при локализации процесса в поперечных отростках грудных позвонков для осмотра заднего конца ребра и прилегающей части средостения. Если ребро вовлечено в процесс, то оно в свою очередь должно быть резецировано.

Что касается тел позвонков, то там слишком энергичные вмешательства по понятным причинам противопоказаны, тем более, что самые широкие выскабливания могут не спасти больного от появления метастазов и рокового исхода, а стремление во что бы то ни стало выскоблить до здоровой кости может оказаться неосуществимым, т. к. в рыхлом губчатом веществе определить эту границу бывает часто очень трудно. Поэтому основная линия поведения должна быть в обеспечении хорошего стока для гноя и обеспечении неподвижности позвоночника при помощи Глиссоновской капсулы. Само собой разумеется, что образовавшиеся гнойные затеки (во влагалище т. psoas, в ягодичной области, в средостении, а также вторичные очаги в плевре, легком, в суставах и костях), должны быть вскрыты одновременно с главным вмешательством или по мере их развития,

Постоянное и неуклонное снижение процента смертности при остеомиэлите позвоночника стоит, несомненно, в связи с своевременным оперативным вмешательством, которое, в свою очередь, стало возможным благодаря тому, что хирурги научились лучше распознавать эту болезнь.

Распознавание же иногда при самой сложной клинической картине может быть очень легким, если только, как говорит Ратнер, во время вспомнить об остром остеомиэлите. Если описанный случай сможет пригодиться в качестве такого напоминания, то тем самым его опубликование оправдано.

Литература: 1) Рокицкий, К казуистике стафиломикоза. Больничная газета Боткина, № 36, 1899 г.—2) Минин. К диагностике и терапии острых остеомиэлитов и т. д. Врач, №№ 15, 16, 17, 1882 г.—3) Гейкинг. О первичном остром остеомиэлите крестцовой кости. Р. Хир. Арх., кн. VI, 1903 г.—4) Вебер. О первичном остром остеомиэлите позвоночника. Врач, №№ 49—50, 1901 г.—5) Арапов. О тифозном спондилите. Р. Хир. Арх., кн. VI, 1903 г.—6) Иваненко-Чо-

- повский. Случай тифозного спондилита. Р. Врач, 1914 г.—7) Исенецкий-Войно. О первичном остром остеомиэлите позвоночника. Хирургия, т. 29, 1911 г.—8) Краснобаев. Лечение острых остеомиэлитов. Н. Хир. Арх. № 31, 1925 г.—9) Греков. Рецидивирующие остеомиэлиты и латентная инфекция, Н. Хир. Арх. № 15—16, 1924 г.—
• 10) Ротенберг. Хирург. анатомия спонгиозного вещества позвонков и патогенез остеомиэлита позвоночника. Н. Хир., Арх., № 44, 1927 г.—
11) Гольст. Рентгеновская картина спондилита после сыпного и возвратн. тифа. Русск. Клин., № 2, 1924.—12) Токий. Спондилиты, как осложнение сыпного и возвратного тифов. Вр. Дело. № 16, 1921 г.—
13) Тимофеев. Об остеомиэлите крестцовой кости. Н. Хир. Арх., № 34, 1926 г.—14) Додонова и Цейдлер. Случай острого остеомиэлита грудной части позвоночника. Н. Хир. т. VI, кн. 5, 1928 г.—
15) Ю. А. Ратнер. К диагностике и лечению острых гнойных остеомиэлитов тазовых костей. Юбил. сборн. проф. Лурия, Казань 1928 г.—
16) Вишневский. К хирургии очухолей спинного мозга. Каз. Мед. Жур. № 6—7, 1927 г.—17) Рубашев. Вр. Дело, № 3—6, 1922 г.—
18) Духовской. Н. Хир. Арх., т. 2, № 3.—19) Ferrio. Contributio allo casistio delle leisoni del midollo nell osteo-myelite vertebrale acuto. Zentr. f. Chir. 1900 г.—20) Chipault. Quelque remarques sur l'osteomyelite vertebrale a propos d'un fait nouveau. Zentr. f. Chir. 1900 г.—
21) Hunt. Ac. infect. osteom. of the spine and acute suppurat. perimeningitis. Zentr. f. Chir. 1904.—22) Grisel. De l'osteomyelite vertebrale aigue primitive des vertebres. Zentr. f. Chir. 1905.—23) Tubbì. Acute osteomyelit. and. periost. of the spine Zentr. f. Chir. 1905.—24) Ziegra. Über isolierte akute Osteomyelit. der Processus spinos. Zentr. f. Chir. 1905.—25) Overdyn. Zur Kasuistik der primären akuten osteomyelitis der Wirbelsäule. Zentr. f. Chir. 1906.—26) Donati. Ueber die akute und subakute „Osteomyelitis purulenta“ der Wirbelsäule. Arch. f. kl. Ch. Bd. 79.—27) Undermann. Ueber akute Wirbelsäulen osteomyelitis. D. Zeit. f. Chir. Bd. 109.—29) Volkmann. Ueber die primäre akute und subakute Osteomyelitis purulenta der Wirbel. D. Zeit. f. Ch. 132, H 5/6, 1915 г.—29) Gross. Die Lokalisation der Osteomyelitis in den Seitentheile des Os. sacri. D. Zeit. f. Ch. Bd. 68.
-