

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК: 616.721-002.77

В. М. БЕХТЕРЕВ И ИСТОРИЯ ОПИСАНИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

Н.В. Бунчук

Институт ревматологии (дир. – академик РАМН В.А. Насонова) РАМН, Москва

“Я неоднократно имел случай наблюдать болезненное поражение с характерными признаками, указанными Штрюмпелем и Мари, которое, однако, я всегда отличал от того поражения, которое было описано мной под названием “одеревенелости с искривлением позвоночного столба”.

В.М. Бехтерев “Об анкилозирующем воспалении позвоночника и больших суставов конечностей”. Обзорение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии”, 1899 г.

В англоязычной ревматологической историографии давно и не без оснований считается, что первыми в клиническом описании анкилозирующего спондилита (АС) были ни А. Штрюмпель (1884) [1], ни В. М. Бехтерев (1892) [2] и ни П. Мари (1898) [3], а девять английских врачей: В. Travers (1824), Р. М. Lions (1831), В. Brodie (1850), J. Paget (1877), С. Fagge (1879), Е. Bradford (1833), Н.Н. Glutton (1883) и N. Davis-Colley (1885) [цит. по 4]. В связи с этим в современных иностранных классификациях болезней суставов и позвоночника эпонимический термин “болезнь Штрюмпеля-Бехтерева-Мари” обычно не используется. В отечественной же литературе приоритет В. М. Бехтерева в описании АС подчеркивается до последнего времени, а в устной речи диагнозу “болезнь Бехтерева” нередко отдается предпочтение.

Теперь, более чем через 100 лет после опубликования В.М.Б. первой статьи об “одеревенелости позвоночника”, представляется интересным вернуться к вопросу о его вкладе в изучение АС. К этому побуждают и высказывания о том, что В.М.Б. на самом деле описал не АС, а анкилозирующий гиперостоз позвоночника (болезнь Форестье) или последствия болезни Шейермана-Мау [5]. Известному анг-

лийскому ревматологу E.G.L. Wywaters принадлежит, например, такая фраза: “... в составе трио Мари-Штрюмпель-Бехтерев Штрюмпель был первым, Мари - лучшим, а Бехтерев - самым путанным (most misleading)” [4].

При анализе данного вопроса важно принимать во внимание, что В.М.Б. посвятил этой теме не только ставшую знаменитой и преимущественно цитируемую статью “Одеревенелость позвоночника с искривлением его, как особая форма заболевания”, но и еще 4 журнальных работы [6,7,8,9], причем последняя из них опубликована через 21 год после первой. В каждой последующей статье приводятся новые сведения, проясняется ряд принципиально важных обстоятельств, в частности, взгляды на патогенез заболевания и отношение автора к той патологии позвоночника, которую описали А. Штрюмпель и П. Мари.

Самим В.М.Б. более или менее подробно с клинической точки зрения были описаны семь больных, отнесенных к выделенной форме заболевания. Основные сведения о них приведены нами в таблице. Хотя не все случаи датированы, но легко установить, что первые пять наблюдений “одеревенелости позвоночника” из первой статьи относятся к начальному периоду профессиональной деятельности В.М.Б. (1885-1893), работавшему в то время профессором психиатрии Казанского университета. Шестого и седьмого больного В.М.Б. наблюдал позже, в возглавляемой им клинике душев-

Таблица.

Основные сведения о пациентах, сообщенные В.М. Бехтеревым

Наблюдения							
	1 ¹	2 ¹	3 ¹	4 ¹	5 ¹	6 ²	7 ³
Пол	Ж	Ж	М	М	М	М	М
Возраст	56	52	39	не известен	не известен	52	30
Давность болезни	Около 5 лет	Более 10 лет	Более 10 лет	Более 10 лет	Не известна	Не указано	4 года
Боль в позвоночнике	Нет и не было	Только при длительном сидении	Почти постоянная	Не известно	Нет	В грудной области	В шее, левом боку, пояснице, крестце
Болезненность позвоночника	Нет	Локальная (Th 4)	Локальная (Th 11-12)	Нет	Нет	Нет	Распространенная
Кифоз	В нижней части шейного и верхней части грудного отделов	В верхней части грудного отдела	Преимущественно в верхней и средней части грудного отдела	В грудном отделе	В шейном отделе и верхней части грудного отдела	В грудном отделе	В грудном отделе
Ограничения движений в позвоночнике							
в шейном отделе	Только разгибание	Неподвижность в нижнем отделе	Разгибание	Не указано	Полная неподвижность	Крайне ограничены	Резко ограничено сгибание
в грудном отделе	Резко ограничены. Плоская грудная клетка, не участвующая в дыхании	Неподвижность верхне-грудного отдела. Плоская грудная клетка, почти не участвует в дыхании	Полная неподвижность. Плоская грудная клетка, не участвующая в дыхании	Полностью отсутствуют	Полностью отсутствуют	Не указано. Грудная клетка уплощена, в дыхании не участвует	Резкое ограничение сгибания, отсутствие разгибания. Грудная клетка впалая, "неподвижная как доска"
в поясничном отделе	Не ограничены, лордоз сглажен	Не ограничены, лордоз отсутствует	Не указано. Лордоз отсутствует	Не указано	Не указано	Крайне ограничены	Не указано
Неврологические нарушения							
парестезии	Ощущение "мурашек" на спине	Чувство онемения в руках	Чувство электризации в шейной области, иногда парестезии в подошвах	Нет	Частые и разнообразные парестезии в области спины, груди и рук	Парестезии в руках и ногах	Нет

Таблица.

Основные сведения о пациентах, сообщенные В.М. Бехтеревым (продолжение)

	1 ¹	2 ¹	3 ¹	4 ¹	5 ¹	6 ²	7 ³
расстройства чувствительности	Болевая чувствительность понижена в лопаточных областях	Понижение всех видов чувствительности на спине, в меньшей степени - в верхней половине груди, в надлопаточной области и шее	Болевая и осязательная анестезия на спине. Припухание болевой чувствительности в плечевых областях. На груди ниже 2 грудного нерва слабая анестезия	Значительно припухлость почти по всему телу, в особенности в области спины, шеи и боковых частей груди	Явное припухание чувствительности преимущественно на спине	Гиперестезия в области груди	Болевая и температурная чувствительность резко не изменены, некоторое понижение осязательной чувствительности в верхней половине груди и спины
нарушения рефлексов	Нет	Нет	Коленистые рефлексы с обеих сторон повышены	Не указано	Не указано	Не указано	Умеренно повышены коленистые и ахилловы рефлексы, брюшные и паховые - резко повышены
парезы и параличи	Явных нет	Нет	Нет	Нет	Паретическая слабость в ногах	Паретическая слабость в левой ноге	Нет
Атрофия мышц	Явной нет, некоторое похуждание мышц на шее справа	Небольшая атрофия надлопаточных и подостных мышц	Мышцы ног худы и дряблы	Не указано	Общее исхудание, в особенности мышц лопаточных областей	Атрофия мышц в грудной области	Атрофия мышц конечностей
Семейные случаи	Кифоз у матери, сестры, дочери сестры	Кифоз у матери, тети	Кифоз у матери (в пожилом возрасте)	Не указано	Не указано	Не отягощена	Мать сутуловата (с возраста 55 лет)
Травмы спины	Не указано	Отмечались	Были многократно	Не указано	Не указано	Отмечались	Не указано
Другие сведения	-	-	Общая слабость, усталость при ходьбе	"Душевная болезнь"	Паркинсонизм	В анамнезе излеченный сифилис	В анамнезе сифилис

Полужирным курсивом выделены те признаки, которые вряд ли можно считать типичными для АС.

¹Врач. 1892, N.36, стр. 899-903.

²Неврологический вестник. 1897, т.5, вып.1, стр.147-159.

³Обозрение психиатрии, неврологии и экспериментальной психологии. 1899, N5, стр.392-403.

ных и нервных болезней Военно-медицинской академии в С.-Петербурге.

Обсуждаемый нами вопрос изложен также весьма подробно в диссертации Р.Я. Голант (1913), выполненной в С.-Петербургской клинике, возглавляемой В.М.Б. (рис. 1). В этой ра-

“особого нервного симптомокомплекса”. Эта особенность часто забывается современными авторами. Напомним клинические аспекты замеченных В.М.Б. неврологических нарушений. У всех наблюдававшихся больных “прежде и раньше всего” отмечались изменения чувствительности кожи в зонах иннервации корешков, соответствующих пораженным отделам позвоночника (в основном шейному и грудному, иногда также поясничному). Эти нарушения характеризовались, главным образом, притуплением болевой и тактильной чувствительности, а также разнообразными признаками раздражения нервных стволов в виде парестезий, гиперестезий и болей в спине и в шейной области, а также в конечностях и в позвоночном столбе. Иногда наблюдалось расщепление чувствительности: аналгезия и термическая анестезия при сохраненной осязательной чувствительности [6]. В.М.Б. отмечал и “... паретическое состояние мышц туловища, шеи и конечностей, большей частью с небольшой атрофией спинных лопаточных мышц”, а в некоторых случаях и признаки раздражения со стороны двигательных нервов [2]. “Рефлексы изменены различно: межлопаточный и чревный чаще отсутствуют, на конечностях - нередко повышены. Функции тазовых органов или не изменены или поражены в поздней стадии” [6]. В последующем В.М.Б. указывал и на возможность неравномерного сужения зрачков и вялости зрачковой реакции, и в отдельных случаях - на отсутствие сухожильных рефлексов, нарушение открытия мочевого пузыря и прямой кишки, а также на спастические паретические явления и клонус стоп [9].

Р. Я. Голант, характеризуя в своей диссертации форму болезни, описанную В.М.Б., говорит о том, что симптомы со стороны нервной системы доминируют в клинической картине, отмечаются уже на ранних стадиях, когда еще нет тугоподвижности позвоночника (жалобы на боли невралгического характера, опоясывающие боли и т. д.); очень частым и весьма мучительным симптомом является гиперестезия, доходящая до того, что больные не выносят прикосновения нижнего белья.

По мнению В.М.Б., именно неврологический аспект “одеревенелости позвоночника” является отличительной особенностью описанной им “особой” болезни. Мало того, В.М.Б. придавал неврологическим расстройствам важное, если не решающее значение в патогенезе

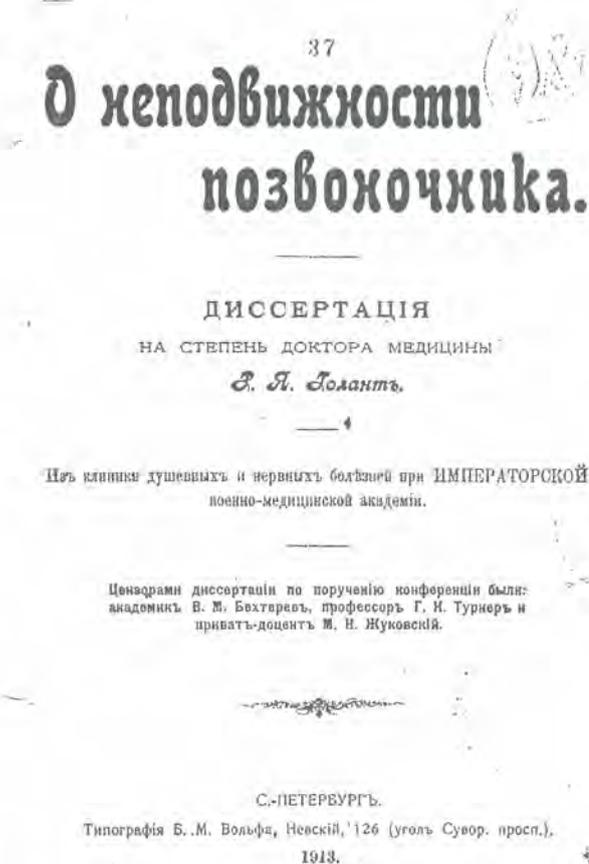


Рис. 1. Обложка диссертации Р.Я. Голант.

боте (“О неподвижности позвоночника”) приводятся детальные клинические описания девяти случаев анкилоза позвоночного столба, вызванного “формой Бехтерева” или “формой Штрюмпеля-Мари” (терминология Р.Я.Г.), и, что особенно ценно, результаты макро- и микроскопических исследований позвоночника и спинного мозга двух умерших больных, а также подробное обсуждение полученных данных [10]. Можно полагать, что В.М.Б. имел непосредственное отношение к этой работе и, по-видимому, был согласен с ее основными положениями, так как приводил выводы Р.Я. Голант в одной из своих публикаций [9].

И в своей первой работе, и во всех последующих выступлениях в печати В.М.Б. постоянно подчеркивал отличительную черту наблюдававшихся им пациентов, а именно наличие

фиксированного кифоза. Он писал: “Я склонен думать, что как искривление позвоночника, так и одеревенелость позвоночника в данном случае являются не первичными... Искривление позвоночника, уплощение грудной клетки и недостаточность грудного дыхания могут быть поставлены в зависимость от паретического состояния поддерживающих позвоночник мышц, обусловленного перерождением спинномозговых корешков” [7].

Взгляды В.М.Б. на природу поражения нервных корешков со временем менялись. В своей первой статье он писал: “Можно предположить, что мы имели самостоятельно развившийся разлитой хронический процесс в областях, соседних с твердой оболочкой спинного мозга, по всей вероятности хроническое воспаление окружающей его клетчатки и наружных слоев самой твердой оболочки, обуславливавшее, с одной стороны, обширные плотные сращения твердой оболочки с телами позвонков и связками, а с другой стороны, сдавливание выходивших корешков. Возможно, конечно, что с течением времени может присоединиться и поражение самого спинного мозга”. Через 5 лет (1897 г.), ознакомившись с опубликованным проф. Опленгеймером в 1884 году кратким описанием спондилоартроза, сопровождавшимся корешковыми симптомами вследствие сужения межпозвоночных отверстий костными разрастаниями, В.М.Б. приходит к выводу о том, что хотя “... это описание не может считаться полным, в некоторых же частностях не вполне соответствует симптоматике поражения, описанного мною под названием “одеревенелость позвоночника”, ... есть полное основание думать, что и в том, и в другом случае дело идет в сущности об одном и том же поражении” [6].

Но довольно скоро (в 1899 г.) его мнение еще раз переменялось, точнее вернулось к первоначальному [7]. Это произошло под влиянием результатов секционного исследования скончавшегося больного. Приводим выдержки из патологоанатомического описания: “... Некоторые из позвонков в верхне-грудной части сращены передними частями своих тел плотно, другие ограничено подвижны. Вскрытие не обнаружило никаких признаков заболевания суставных частей позвоночника (выделено мною, Н.Б.). При вскрытии не обнаружено никаких условий, приводивших к тому, чтобы корешки подвергались непосредственному

сдавлению вследствие уменьшения размеров межпозвоночного отверстия. Изменения выявляются прежде всего в задних и передних корешках, резче в верхней половине грудной области и в нижней части шейной. Задние корешки местами перерождены почти сплошь, отмечается перерождение волокон, разрастание невроглии и соединительной ткани. В спинном мозгу также отмечается перерождение в тех же областях, более выраженное в задних столбах. Мягкая мозговая оболочка, особенно в задних частях спинного мозга на указанном уровне, выглядит несколько утолщенной с заметным развитием сосудов. Ясные изменения в клетках межпозвоночных узлов: явления перерождения и простой атрофии.” Это наблюдение, по словам В.М.Б., привело его к выводу о том, что: “Первичной основой заболевания в данном случае является не поражение позвоночного столба, а последствие протекшего ранее местного поражения оболочек спинного мозга, особенно мягких, приводящее к перерождению задних и частью передних корешков, результатом чего является паретическое состояние грудных и спинных мышц”.

К этому времени уже были опубликованы подробное описание А. Штрюмпелем больных, которых теперь относят к так называемой центральной форме АС (1897 г.) [11], и первая статья П. Мари о “spondylose rhizomelique” (1898 г.) [3], где высказывалось мнение о несходности клинической картины в их случаях и у больных, описанных В.М.Б.

Напомним, что Adolf Strümpell впервые упомянул об особой форме так называемого хронического суставного ревматизма, который “медленно и без болей привел к полному анкилозу позвоночника и тазобедренных суставов” в 1884 году в своем учебнике, посвященном патологии и терапии внутренних болезней [1]. В 1897 году А. Штрюмпель описал это заболевание более подробно в журнальной статье, приведя новое наблюдение [11]. Он полагал, что в его случае речь идет о хроническом воспалительном поражении суставов позвоночника и тазобедренных суставов, и сомневался в сходстве его наблюдений и описаний В.М.Б. По поводу наблюдений А. Штрюмпеля В.М.Б. писал “... Он обращает внимание, что в моих случаях вторичное участие спинных корешков много яснее, чем в его. Далее в моих случаях кифотическая форма, а в его наблюдениях ненормальная прямота позвоночника. С

моей стороны прибавлю, что ни в одном из моих случаев не имелись анкилозы ни бедренных, ни других суставов. Ввиду этого мне кажется, что случаи Штрюмпеля не совершенно подходят к моим наблюдениям, и во всяком случае они могут быть лишь в известном смысле сближены с моими, но ничуть не отождествлены с ними. К этому я должен добавить, что я сам наблюдал случаи, подобные описанным Штрюмпелем, и не могу признать полного тождества такого рода случаев с ранее опубликованными мной наблюдениями.”[7].

История же описания АС Pierre Marie была следующей [12]. В 1886 году Шарко наблюдал пациента с болезненным и ригидным позвоночником, но не смог поставить точного диагноза. Этого пациента продолжал наблюдать П. Мари. В 1896 году он увидел еще одного сходного больного и 11 февраля 1898 года продемонстрировал обоих на заседании медицинского общества в Париже, сказав во вступлении: “Я имею честь продемонстрировать двух мужчин со сходным заболеванием, характеризующимся почти полным анкилозом позвоночника и проксимальных суставов, тазобедренных и плечевых, причем суставы менее поражены, чем позвоночник”. Считается, что П. Мари дал наиболее точное и подробное описание всей той клиники, которая теперь признается типичной для АС: скованность позвоночника, его ригидность, анкилоз тазобедренных суставов, кифоз грудного отдела, ограничения дыхательной экскурсии, поражение коленных суставов, прогрессирующее течение после начала болезни в молодом возрасте. Единственной его ошибкой было мнение о том, что синдесмофиты при АС образуются за счет окостенения передней продольной связки позвоночника.

В ответ на сообщения А. Штрюмпеля и П. Мари В.М.Б. публикует статью под названием “Об анкилозирующем воспалении позвоночника и больших суставов конечностей”, цитата из которой приведена как эпиграф к нашей работе. В подтверждение отличий “своей” формы болезни от случаев, описанных А. Штрюмпелем и П. Мари, приводятся два наблюдения больных с “формой Штрюмпеля-Мари”. У одного из них, 32-летнего мужчины с фиксированным кифозом грудного отдела позвоночника, помимо сильных болей в этой области, не сопровождавшимися неврологическими нарушениями, были также сгибательная

контрактура правого локтевого сустава, ограничения движений в плечевых суставах и боли в правом тазобедренном суставе. На вскрытии (смерть от туберкулеза легких и почек) выявлены “... костные сращения тел 3-4, 4-5 шейных позвонков, 1-2 грудных, сращения суставов 9 верхних ребер с поперечными отростками с обеих сторон и окостенение желтых связок на протяжении всего позвоночника; спинной мозг в норме”. В данной статье В.М.Б. снова подчеркивает, что главное отличие описанной им формы анкилоза позвоночного столба, составляющее его приоритет, заключается в наличии у больных неврологических нарушений, лежащих в основе болезни. Р.Я. Голант так описывала мнение В.М.Б. о последовательности патологических событий при “Бехтеревской форме” анкилоза позвоночника: “Первичным являлся менингит, следствием последнего - поражение спинномозговых корешков, далее парез и атрофия спинных мышц и кифоз позвоночника, последовательно приводящий к атрофии межпозвоночных хрящей от сдавления их”. В.М.Б. настаивал, что основой и отличием его формы болезни является не поражение позвоночного столба, а “... последствие протекшего ранее местного поражения оболочек спинного мозга, особенно мягких” [7].

В статьях В.М.Б. не содержится иллюстраций. Но мы считаем важным воспроизвести здесь фотографии и рисунки из работы Р.Я. Голант, подтверждающие, что автор, описывая “форму Штрюмпеля-Мари”, действительно имела дело с характерными для АС изменениями. На рис. 2 приведен внешний вид больного, а на рис. 3 и 4 - макро- и микроскопические изменения позвоночника, очень напоминающие синдесмофиты (оссификаты наружных отделов фиброзного кольца межпозвоночного диска).

Наличие хронического менингита (пахименингита и лептоменингита) с вторичным перерождением нервных корешков, а иногда и волокон самого спинного мозга было подтверждено на секции Р.Я. Голант у наблюдавшегося ею больного, “близкого к Бехтеревской форме”, а также, со слов В.М.Б., Г.Я. Трошиным и Д.М. Пуссепом, М. Н. Жуковским и А. А. Зубовым [9]. Больной, наблюдавшийся Р.Я. Голант, умер в возрасте 45 лет от эпилептического приступа (малая эпилепсия была у него в течение многих лет) и страдал также туберкулезом легких. На секции было отмечено следующее: “Тела всех позвонков спаяны кост-



Рис. 2. Фотография одного из больных с “формой Штрюмпеля-Мари”, наблюдавшихся Р.Я. Голант (фрагмент рис 1. из ее диссертации “О неподвижности позвоночника”. С.-Петербург, 1913 год).

ной тканью с передней и боковых сторон, местами сплошными, местами (в верхних грудных) прерывистыми. Все мелкие суставы анкилозированы (выделено мною, Н.Б.). Имеется пахименингит, особенно в шейной части, лептоте-

нингит головного мозга и грудного отдела спинного мозга. Микроскопические изменения твердой и мягкой мозговой оболочки состояли в фиброзе, гиалинозе, в наружных слоях содержалось довольно много соединительно-тканых клеточных элементов, отдельные скопления лимфоидных клеток и местами довольно много плазматических клеток. На срезах спинного и продолговатого мозга патологических изменений не было, за исключением глыбчатого распада волокон некоторых корешков (передних и задних)”. На рисунке, представленном Р.Я. Голант в диссертации и иллюстрирующем микроскопическую картину продольного среза межпозвоночного диска, узнается типичный синдесмофит. Хотя автором это наблюдение отнесено к “форме Бехтерева”, но приведенные секционные данные указывают на большое сходство его с АС. Об этом гово-



Рис. 3. Макропрепарат позвоночника (секция больного с формой “Штрюмпеля-Мари” из диссертации Р.Я. Голант “О неподвижности позвоночника”. С.-Петербург, 1913 год).

рит, в частности, найденное анкилозирование мелких суставов позвоночника, чего В.М.Б. на секции у своего больного не отмечал [7].

Р.Я. Голант, не найдя существенных патологоанатомических различий при исследовании различных форм анкилозирования позво-

ночников, указывала, что “Бехтеревская форма” отличается лишь тем, что “... сопровождается хроническим менингитом и дегенеративными изменениями спинно-мозговых корешков и самого вещества спинного мозга.” Р.Я. Голант, отмечая “чрезвычайно остроумное” объяснение В.М.Б. причины неподвижности

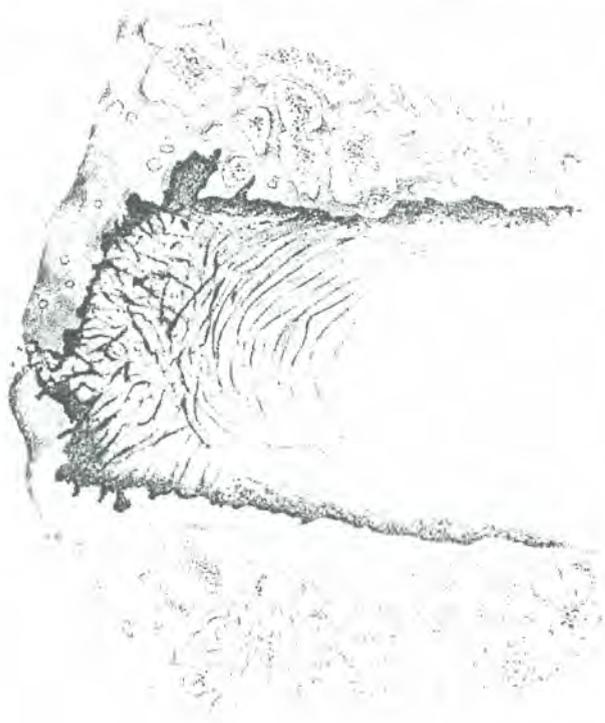


Рис. 4. Микропрепарат позвоночника (секция того же больного). Из диссертации Р.Я. Голант “О неподвижности позвоночника”. С.-Петербург, 1913 год.

позвочника, считала, однако, что это “не находит полного подтверждения в патологоанатомических фактах”. При этом она указывала на отсутствие “одеревенелости позвоночника” при других хронических менингитах, при других поражениях нервных корешков, даже сопровождающихся атрофией мышц спины, а также у больных с прогрессивной мышечной атрофией. Она писала, что “... считать имеющийся менингит первичным, а изменения позвоночника обусловленными вторичной атрофией мышц, мне кажется, все же невозможно. ... Гораздо вероятнее было бы предположение, что одно и то же болезнетворное начало поражает два соседних органа”. Кстати говоря, Р.Я. Голант, исследуя у своих больных электровозбудимость скелетных мышц, не нашла “реакции

перерождения” (свидетельствующей о неврогенном поражении), а “только понижение электровозбудимости, то есть вторичные изменения”.

Современники В.М.Б., Н.А. Вельяминов и, особенно, Г.И. Турнер - знатоки патологии суставов и позвоночника, вообще не считали “форму Штрюмпеля-Мари” и “форму Бехтерева” самостоятельной болезнью, относя их к разновидностям “arthritis deformans” суставов позвоночника [13]. После смерти В.М. Бехтерева (1927 г.) постепенно стало распространяться мнение о том, что “форма Бехтерева” и “форма Штрюмпеля-Мари” являются разновидностями одного заболевания. Так, в 1934 г. А.И. Нестеров в работе “Классификация ревматических заболеваний и заболеваний суставов разного происхождения” предложил (без какого-либо обсуждения) закрепить фамилии В.М. Бехтерева, А. Штрюмпеля и П. Мари (ставя В.М. Бехтерева на первое место) за одной болезнью - “спондилоартритом”, хотя и отмечал, что “многие авторы еще различают здесь две формы” [14]. Значительно позже (в 1951 г.), обсуждая историю описания анкилозирующего спондилоартрита, А.И. Нестеров писал, что “... следует с полным правом признать за русским ученым Бехтеревым приоритет в выделении и в четкой клинической характеристике анкилозирующего спондилоартрита. Историческое положение данного вопроса таково, что имя Бехтерева с полным правом может определять это заболевание без добавления имен Штрюмпеля и Мари” [15]. Последним, кто выделял в рамках анкилозирующего спондилоартрита две формы (“форму Бехтерева” и “форму Мари-Штрюмпель”), был, видимо, М.М. Дитерихс, один из основоположников отечественной артрологии, с его слов, видевший очень много таких больных. Он указывал на такие особенности первой из них как воспаление оболочек спинного мозга, неврологические симптомы и распространение патологического процесса в позвоночнике сверху вниз [16]. В последующем, насколько нам известно, вопрос о том, что “одеревенелость позвоночника с особым нервным симптомокомплексом” составляет отдельную нозологическую форму ни в отечественной, ни в зарубежной литературе больше не рассматривался. В лучшем случае говорилось о том, что В.М.Б., описав на самом деле АС, подметил лишь некоторые особенности этого заболевания.

Примерно с 30-40-ых годов АС повсеместно стал рассматриваться как исключительно ревматологическая проблема, как воспалительное заболевание суставов, в первую очередь, суставов позвоночника. К неврологической концепции генеза АС в целом или отдельных его проявлений особого внимания не привлекалось, хотя со временем стали известны редкие случаи шейной миелопатии, развивающейся из-за атлантаксиального подвывиха, как правило, на поздних стадиях заболевания. Лишь В.В. Михеев, невропатолог, уделявший много внимания ревматическим заболеваниям, указывал на возможность вовлечения в воспалительный процесс при АС нервных корешков "с попутно развивающимся пахименингитом и сдавлением спинного мозга" и приводил описание пациента (наблюдение от 1963 года), у которого отмечалось повышение сухожильных рефлексов и расстройства чувствительности на ногах, а также пирамидные знаки [17]. Но еще в 1961 г. Т. Naуге сообщил о двух больных длительно протекавшим АС, у которых имелись жалобы и симптомы, характерные для синдрома конского хвоста, обусловленные морфологически подтвержденным хроническим арахноидитом [18]. По данным E-J. Milde с соавт. к 1977 году было опубликовано 17 описаний случаев синдрома конского хвоста при АС, а с учетом трех наблюдений этих авторов общее число таких случаев достигло 20 [19]. Причины и генез данного синдрома при АС остаются до сих пор неясными. В ряде случаев (но не всегда), особенно на ранних стадиях синдрома конского хвоста, при морфологическом исследовании установлено наличие воспаления спинномозговых оболочек, чаще паутинной, а также воспалительные изменения спинномозговой жидкости. На более поздних стадиях обнаруживается сдавление корешков формирующимися дивертикулами арахноидальной оболочки (при отсутствии признаков воспаления) и резкое расширение дурального мешка. Эти наблюдения несомненно перекликаются с работами В.М.Б и ставят вопрос о возможности вовлечения в патологический процесс при АС спинномозговых оболочек и нервных корешков, по крайней мере, у части больных. Но, с другой стороны, исследования морфологии и электрофизиологии околопозвоночных мышц у больных АС не выявили признаков, характерных для неврогенного поражения [20].

Сегодняшние знания об АС вынуждают

признать, что клиническая картина у многих больных с "одеревенелостью позвоночника", описанная В.М.Б., отличалась от классической клиники анкилозирующего спондилита. Так, среди семи больных, описанных В.М.Б., было двое женщин, причем у них четко прослеживался отягощенный в отношении кифоза семейный анамнез, но не по мужской, как это характерно для АС, а по женской линии. Изменения позвоночника у них, а также еще у одного больного развились не в молодом, а в среднем возрасте. Развитие неподвижности позвоночника у большинства больных отмечалось главным образом в грудном (нередко в верхне-грудном) и даже в шейно-грудном отделе при отсутствии ограничений движений в поясничном отделе, как это свойственно АС. Как минимум у трех из семи больных не было болей в области позвоночника, а болезненность при его осмотре выявлялась только на ограниченных участках. У трех больных развитию изменений позвоночника предшествовали или сопутствовали травмы спины, что заставляет подозревать структурный характер кифоза. Несмотря на однозначный вывод В.М.Б. о том, что "во всех случаях имелось явно одно и то же заболевание", ретроспективный анализ его наблюдений указывает на возможность разнородности патологии позвоночника. Нельзя полностью исключить, что подозреваемый или выявленный В.М.Б. пахименингит и вторичные изменения нервных корешков спинного мозга у трех больных могли быть вызваны сопутствующими хроническими инфекциями (у одного из них был милиарный туберкулез, от которого больной вскоре скончался, а у двух других в анамнезе отмечался сифилис). В целом же, по нашему мнению, ознакомление с описаниями В.М.Б. не позволяет однозначно высказаться о характере поражения позвоночного столба. Для этого не хватает рентгенологического обследования, а в ряде случаев и клинических сведений.

Тем не менее, роль В.М.Б. в истории описания АС представляется достаточно ясной и, несомненно, значимой. Она, с нашей точки зрения, заключается в следующем:

1. В.М. Бехтереву принадлежит приоритет в описании клинически своеобразной формы фиксированного кифоза грудного отдела позвоночника, сопровождающегося неврологическими нарушениями, возможно обусловленными поражением оболочек

чек и корешков спинного мозга. Нозологическую принадлежность выделенной формы кифоза ретроспективно определить затруднительно.

2. В.М. Бехтерев не имел отношения к описанию классической клинической картины анкилозирующего спондилита, но он был первым из тех, кто привлек внима-

ние врачей в разных странах к проблеме заболеваний, сопровождающихся анкилозированием позвоночника. Его многочисленные и подробные публикации на эту тему послужили стимулом для дальнейшего развития исследований в данном направлении, в том числе, для развития знаний об АС.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Strümpell A. Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der Inneren Krankheiten. Vogel, Leipzig, 1884, 2, 152.
2. Бехтерев В.М. Одеревенелость позвоночника с искривлением его, как особая форма заболевания. Врач, 1892, 36, 899-903.
3. Marie P. Sur la Spondylose rhizomélique. Rev. méd. 1898, 18, 285.
4. Bywaters E.G.L. Nosonymy and Eponymy. Proceedings from a symposium on Bechterew's syndrome and allied disorders. Oslo, Norway, October 22-24, 1979. Scand. J. Rheum., Suppl.32, 242.
5. Ott V.R. Bechterew's syndrome - a historical review. Proceedings from a symposium on Bechterew's syndrome and allied disorders. Oslo, Norway, October 22-24, 1979. Scand. J. Rheum., Suppl.32, 7-13.
6. Бехтерев В.М. О сращении или одеревенелости позвоночного столба, как особой форме заболевания. Невролог. вестник, 1897, т. 5, вып. 1, 147-159.
7. Бехтерев В.М. Новые наблюдения одеревенелости позвоночника с патолого-анатомическим исследованием. Обзорение психиатр., невролог. и эксперимент. психолог., 1899, 5, 392-403.
8. Бехтерев В.М. Об анкилозирующем воспалении позвоночника и больших суставов конечностей. Обзорение психиатр., невролог. и эксперимент. психолог., 1899, 7-8.
9. Бехтерев В.М. Об одеревенелости или сращении позвоночника с нервным симптомокомплексом. Русский врач. 1913, 30, 1053-1056 и 31, 1085-1087.
10. Голант Р.Я. О неподвижности позвоночника. Дисс. докт. медицины. С.-Петербург, 1913.
11. Strümpell A.: Bemerkungen über die chronische ankylosierende Entzündung der Wirbelsäule und der Hüftgelenke. Dtsch. Z. Nervenheilk Leipzig 1897, 11, 338.
12. Benoist M. Pierre Marie. Pioneer Investigator in Ankylosing Spondylitis. Spine, 1995, 20, 849-852.
13. Вельяминов Н.А. Учение о болезнях суставов с клинической точки зрения. Государственное издательство. Ленинград, 1924.
14. Нестеров А.И. Классификация ревматических заболеваний и заболеваний суставов разного происхождения. Изд. книжного кооператива "Сибирская научная мысль". Томск, 1935.
15. Нестеров А.И. Очерк изучения ревматизма и болезней суставов. Издательство АМН СССР. М., 1951.
16. Дитерихс М.М. Введение в клинику заболеваний суставов. Гос. издательство биологич. и мед. литературы. Москва, Ленинград. 1937.
17. Михеев В.В. Коллагенозы в клинике нервных заболеваний. М., Медицина, 1971.
18. Hauge T.: Chronic rheumatoid polyarthritits and spondylarthritits associated with neurological symptoms and signs occasionally simulating an intraspinal expansive process. Acta Chir. Scand., 1961, 120, 395.
19. Milde E-J., Aarli J., Larsen J.L. Cauda equina lesions in ankylosing spondylitis. Scand. J. Rheumatol., 1977, 6, 118-122.
20. Cooper R.G. et al. Paraspinal muscle fibrosis: a specific pathological component in ankylosing spondylitis. Ann. Rheum. Dis., 1991, 50, 755-759.

Поступила 6.03.01.