

© А.А.Вишневский, 2007
УДК 616.711-002.1-07

А.А.Вишневский

ОСОБЕННОСТИ ЖАЛОБ И БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Санкт-Петербургский центр хирургии позвоночника (руков. — проф. С.А.Тиходеев), Городская многопрофильная больница № 2 (главврач — И.С.Фигурин), кафедра травматологии и ортопедии с курсом вертебрологии (зав. — проф. В.А.Неверов) Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования

Ключевые слова: неспецифический остеомиелит позвоночника, диагностика, боль.

Введение. Изучение болевого синдрома является одной из приоритетных задач, обозначенных ВОЗ в рамках Всемирной декады борьбы с болезнями костей и суставов в 2000–2010 гг. [2, 8]. Боли в спине (дорсалгия) широко распространены во врачебной практике. Однако многообразие причин, приводящих к ним, трудности дифференциальной диагностики обуславливают необходимость самого пристального внимания к данной проблеме врачей различных специальностей. Одним из трудно диагностируемых заболеваний, сопровождающихся дорсалгией, является неспецифический остеомиелит позвоночника (НОП). Как правило, это заболевание выявляется лишь к 3–4-му месяцу от первоначальных симптомов, что приводит к большому числу диагностических ошибок и формированию различных неврологических и ортопедических осложнений [4–7, 9].

Цель настоящего исследования — изучение жалоб и болевого синдрома у больных с острой и хронической формой НОП.

Материал и методы. В нашем Центре хирургии позвоночника (ЦХП) на базе Городской многопрофильной больницы № 2 в период с 1995 по 2006 г. было пролечено 125 больных с остеомиелитом позвоночника. 51 пациенту (40,8% всех пролеченных больных с НОП) выполнены радикально-восстановительные операции на позвоночнике.

В основу распределения больных по стадиям заболевания положены следующие критерии: клиническое состояние пациента при поступлении (жалобы, длительность заболевания, анамнестические данные), лабораторные исследования (общеклинические, бактериологические, биохимические и иммунологические). У больных хирургической группы были использованы данные гистологического и бактериологического исследования операционного материала. С целью углубленного изучения клинической картины НОП больные были распределены на группы в соответствии с Международной классификацией болезней (1995): острый остеомиелит (с включением подострой стадии болезни) и хронический остеомиелит. В 1-ю группу больных в острой и подострой стадиях НОП (с давностью заболевания от 1 до 4 мес) включены 54 пациента (или 43,2% от общего числа больных). Во 2-ю группу с хроническим НОП вошел 71 (56,8%) человек. Септическое течение НОП отмечено у 21 (16,8%) больного. У 8 пациентов (6,4% всех больных) имелись свищевые формы остеомиелита.

Несмотря на значительное разнообразие жалоб при болях в спине, лишь небольшая часть данных может быть подвергнута анализу. В соответствии с рекомендациями экспертов ВОЗ, при неврологическом обследовании больных применяли визуальную аналоговую шкалу боли (ВАШ), анкету Освестри, опросник о характере боли Мак-Гилла. [1, 3, 7]. Для выявления депрессивных расстройств использовался модифицированный индекс Цунга. Анализ результатов исследования проводили с помощью стандартных непараметрических методов статистического анализа.

Результаты и обсуждение. При изучении анамнеза больных со спондилитами установлено, что ранняя диагностика этого заболевания на предыдущих этапах лечения представляла для врачей большие трудности и требовала достаточно продолжительного времени. Среднее выявление заболевания составляло 3,5 мес (сроки постановки диагноза варьировали от 3 дней до 2 лет). Раннее выявление болезни (длительность заболевания до 2 мес) было лишь у 19 больных (15,2% всех пациентов). Большинство больных с НОП поступали в клинику в сроки позже, чем 2 мес от начала заболевания (84,8%), т.е. в подострой и хронической стадиях. У 22,4% пациентов на постановку диагноза ушло более полугода. Таким образом, в первые 6 мес от появления первых симптомов заболевания в специализированный стационар были направлены 97 (77,6%) пациентов. Эти сведения соотносятся с литературными данными, свидетельствующими о том, что от появления жалоб до постановки правильного диагноза проходит от нескольких недель до десятков месяцев [3–6].

Позднее выявление заболевания и несвоевременная постановка диагноза были связаны, прежде всего, с неспецифичностью болевого синдрома (присущего заболеваниям внутренних органов — почек, легких, печени и т.д.) и со схожестью клинической картины спондилитов с другими заболеваниями позвоночника (дегенеративно-дистрофическими, системными и опухолевыми поражениями позвоночника) (табл. 1). Кроме вышеперечисленного, запоздалое распознавание остеомиелита нередко связано с нерациональным и неадекватным по срокам применением антибиотикотерапии. Именно кратковременное назначение антибиотиков без учета спектра чувствитель-

ности микроорганизмов к препаратам вызывало временное затихание острых явлений и «сглаживало» клинические признаки заболевания.

Особенности болевого синдрома в остром периоде НОП (1-я группа больных). Как показало проведенное исследование, острый спондилит, как правило, начинается внезапно с выраженного болевого синдрома в спине и сопровождается кратковременным подъемом температуры. Продромальный период обычно длился 1–3 дня. У пациентов имели место симптомы интоксикации: снижение аппетита, бледность кожного покрова, разбитость и общая слабость. Чаще всего у больных возникала местная интенсивная боль, усиливающаяся при движениях и смене положения. При перкуссии остистых отростков пораженных позвонков боль нарастала. У 45 (83,3%) больных имелись симптомы лихорадки, что приводило к субъективному усугублению восприятия боли. Температура тела у 18 (33,3%) пациентов в остром периоде повышалась до субфебрильных цифр, у 19 (35,2%) пациентов она поднималась до 39–40 °С, у 17 (31,4%) пациентов температурная реакция отсутствовала. Приведем характерный пример начала заболевания у пациента с остеомиелитом грудного отдела позвоночника.

1. Больной В., 41 года. Впервые появились боли в спине между лопатками 06.09.2006 г. Лечился в поликлинике по месту жительства (проводились инъекции диклофенака). На 3–4-е сутки после начала заболевания выявлена припух-

лость в области левой ягодицы, температура тела поднялась до 39 °С. Госпитализирован в больницу, где хирургом был обнаружен и вскрыт постинъекционный абсcess ягодичной области, проведен 5-дневный курс антибиотикотерапии. Однако у больного сохранялись выраженные боли в спине, не позволяющие ему передвигаться. Пациент был осмотрен невропатологом. В связи с подозрением на «остеохондроз грудного отдела позвоночника» были назначены нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), физиотерапия. Проведенные тепловые процедуры и прием НПВП болевого синдрома не купировали. В связи с сохраняющимися болями в спине направлен в ЦХП. В связи с подозрением на НОП выполнены дополнительные исследования — магнитно-резонансная и компьютерная томографии, скинтиграфия скелета. Выявлено поражение трех тел позвонков в грудном отделе позвоночника (рис. 1).

Приведенный пример показывает, что часто НОП возникает при нераспознанной бактериемии на фоне очага инфекции (у больного имелся абсcess ягодичной области). Больной не был дообследован должным образом, и, как следствие, врачами не был установлен своевременно диагноз. Несмотря на характерные для спондилита симптомы, врачи не смогли своевременно диагностировать воспалительное заболевание позвоночника. Обращает на себя внимание тот факт, что в начале заболевания у больного появились упорные боли в спине, которые не проходили в покое и не уменьшались при воздействии тепла и анальгетиков. Проведенный курс антибиотикотерапии также не возымел желаемого эффекта.

Таблица 1

Основные причины болевого синдрома в спине (дорсалгии)

Причины болевого синдрома в спине	Нозологические формы заболевания
Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника	Грыжи межпозвонковых дисков, спондилолистезы, стенозы, нестабильности и деформации позвоночника
Травмы	Переломы позвонков, повреждения дисков, кифотические и сколиотические деформации позвоночника
Серонегативные спондилоартропатии	Анкилозирующий спондилоартрит, псориатические спондилоартриты, артриты на фоне воспалительных заболеваний кишечника (болезнь Крона, болезнь Уиппла, неспецифический язвенный колит)
Инфекции позвоночника	Специфический и неспецифический остеомиелит позвоночника, эпидуральные и паравerteбральные абсцессы
Нарушения метаболизма и эндокринные заболевания	Болезнь Педжета, микседема, первичные и вторичные остеопорозы
Заболевания мочевыделительной системы и репродуктивных органов	Воспалительные заболевания почек, гипернефрома, мочекаменная болезнь, простатиты, рак простаты, опущение матки, миомы, эндометрит, аднексит, эндометриоз
Проекционные боли при заболеваниях внутренних органов	Заболевания легких и плевры. Язвенные и опухолевые поражения желудка и двенадцатиперстной кишки, заболевания поджелудочной железы и печени, расслаивающаяся аневризма аорты, дивертикулы и воспалительные заболевания кишечника
Заболевания нервной системы	Демиелинизирующие и дегенеративные заболевания, нервно-мышечные заболевания, токсические поражения, опухоли спинного мозга и корешков
Опухоли позвоночника	Первичные и метастатические поражения, кисты
Аномалии развития позвоночника	Нарушения формирования позвонков, нарушения сегментации, диастематомиилия, спинномозговые грыжи, синдром фиксированного спинного мозга



Рис. 1. Магнитно-резонансная томограмма больного В., 41 года, с острым неспецифическим остеомиелитом тел грудного отдела позвоночника. Выявлены деструкция тел и разрушение межпозвонковых дисков $T_{VIII-IX}$, T_{IX-X} .

При анализе анамнестических данных было выявлено, что спондилит нередко возникает после травмы, переохлаждения или на фоне перенесенной инфекции (ангины, бронхиты, флегмоны, перитониты, ОРВИ и т.д.). Эти предрасполагающие факторы выявлены у 28 (51,8%) пациентов из 54. В начале заболевания 11 (20,4%) больных 1-й группы получали антибиотикотерапию (6 пациентов с НОП с поражением грудных позвонков по поводу «пневмонии», а 5 больных с поражением поясничных позвонков принимали антибиотики в связи с «пиелонефритом»). Приведем пример развития острого неспецифического остеомиелита у пациентки с поражением поясничного отдела позвоночника.

2. Пациентка Б., 65 лет, считает себя больной с 31.09.2002 г., когда после приема ванны появились резкие боли в поясничной области, поднялась температура тела до 38–39 °С. Лечилась по месту жительства с диагнозом: обострение мочекаменной болезни. Несколько раз вызывала врача скорой помощи. В связи с подозрением на почечную колику принимала анальгетики и спазмолитики. 28.10.2002 г. на фоне усиления болевого синдрома в поясничной области госпитализирована в урологическое отделение с подозрением на мочекаменную болезнь. При дообследовании (УЗИ, внутривенная урография) данных за патологию мочевыводящей системы выявлено не было. Однако в анализе крови отмечался палочкоядерный сдвиг, подъем СОЭ до 48 мм/ч, ЦРБ — 9,3 мг/л. После выполнения магнитно-резонансной томографии (МРТ) поясничного отдела позвоночника и консультации в специализированном отделении выявлен неспецифический остеомиелит с поражением поясничного отдела позвоночника (уровень поражения L_{IV-V}) (рис. 2).

Приведем пример еще одного «нетипичного» течения НОП, при котором воспалительное забо-

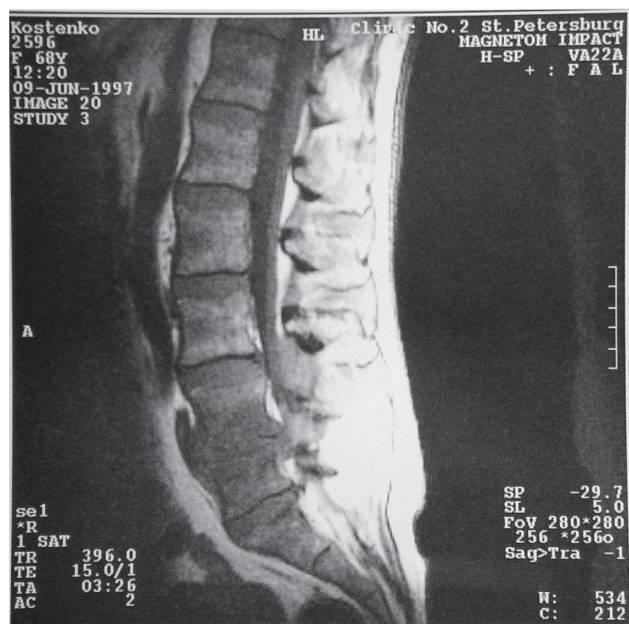


Рис. 2. Магнитно-резонансная томограмма больной Б., 65 лет, с острым неспецифическим остеомиелитом L_{IV-V} . Выявлены контактная деструкция тел L_{IV} и L_V , разрушение межпозвонкового диска.

левание протекало на фоне длительно существующего дегенеративно-дистрофического заболевания поясничного отдела позвоночника.

3. Больная Р., 63 года, страдает периодическими болями в спине около 20 лет. С диагнозом «остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника» на протяжении нескольких лет пациентка лечилась в поликлинике по месту жительства. Выраженные боли в поясничном отделе позвоночника появились 06.01.1999 г. после подъема тяжелого предмета с пола. В связи с выраженными болями в поясничной области по назначению врача поликлиники принимала анальгетики, однако, улучшения не отмечала. Подъемы температуры тела отрицает. Наблюдалась в поликлинике по месту жительства с диагнозом: «обострение остеохондроза поясничного отдела позвоночника». Неврологом было рекомендовано выполнить рентгенографию и МРТ поясничного отдела позвоночника. При исследовании выявлено поражение тел L_{II} и L_{III} , разрушение диска L_{II-III} (рис. 3.) Таким образом, спустя 1,5 мес от начала заболевания больная направлена для лечения в специализированный стационар.

Боли при хроническом остеомиелите позвоночника. 2-я группа с НОП была представлена 71 пациентом с хронической формой (данность заболевания более 4 мес). При поступлении больные предъявляли жалобы на боли, чувство дискомфорта в области шеи, грудного отдела позвоночника или поясницы. Лишь у 12 (9,6%) больных имелась длительная температурная реакция (повышение температуры тела до субфебрильных цифр), хотя у большинства остальных пациентов в анамнезе также отмечались подъемы температуры. При тщательном сборе анализа у 41 (57,8%) больного начало заболевания сопровождалось субфебрильной или фебрильной температурой тела, причем у 13 (18,3%) больных она достигала

39 °С. У 30 (42,6%) пациентов наличие температурной реакции в начале заболевания установить не удалось.

Анализируя анамнестические данные, можно констатировать, что в течение первых 3–4 мес общие клинические проявления постепенно стихают, что подтверждалось улучшением самочувствия пациентов, уменьшением выраженности болевого синдрома и нормализацией клинических анализов крови. Иногда заболевание приобретало вялотекущий характер с периодами обострения и болями в спине. Приведем пример истории болезни пациента с остеомиелитом грудного отдела позвоночника.

4. Больной А., 51 года, поступил в клинику с диагнозом хронический ангиогенный сепсис, хронический остеомиелит T_{XI}–XII, паравертебральный абсцесс, эпидурит, последствие перенесенного плеврита и пневмонии (пневмофиброз, эмфизема легких), хронический гломерулонефрит, сахарный диабет II типа, диабетическая полиневропатия. Считает себя больным с 19.12.1998 г., когда после переохлаждения впервые появились боли в правой половине грудной клетки, лихорадка до 39 °С, мокрота с примесью крови. С диагнозом тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) пациент был госпитализирован в терапевтический стационар. В клинике ТЭЛА не подтвердилась, но выявлены двусторонняя деструктивная пневмония, гнойный плеврит. Начата комбинированная антибактериальная терапия. Для инфузионной терапии поставлен подключичный катетер. Через 1 мес после начала лечения температура тела вновь повысилась до фебрильных цифр, выявлены признаки тромбоза яремной вены на стороне катетера. Подключичный катетер удален. При посеве крови обнаружен метициллинрезистентный штамм стафилококка. С учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам начата антибактериальная терапия, включая применение цефалоспоринов третьего–четвертого поколений (максипин), гликопептидов (ванкомицин), карбапенемов (тиенам), экстракорпоральная детоксикация и дезинтоксикационная терапия. 25.02.1999 г. в удовлетворительном состоянии выписан на амбулаторное лечение, однако, продолжали беспокоить боли в грудном отделе позвоночника, которые были расценены как признаки остеохондроза позвоночника. В июне 1999 г. появились симптомы левостороннего плеврита. 23.07.1999 г. госпитализирован в терапевтическую клинику, где в течение нескольких месяцев проводились 23 раза плевральные пункции, гормонотерапия и антибиотикотерапия. К октябрю 1999 г. явления плеврита были купированы, однако, сохранялись боли в спине, повышенная СОЭ. Госпитализирован в другой стационар с диагнозом «системный васкулит, гемоперикард, диабетический нефрогломерулонефрит». Проводилось симптоматическое лечение, однако, улучшения не было. Консультирован нейрохирургом. Рекомендовано лучевое дообследование. При МРТ грудного отдела выявлен остеомиелит T_{XI}–XII с эпидуральным и паравертебральным абсцессами (рис. 4).

Представленное наблюдение интересно в плане дифференциальной диагностики между заболеваниями легких и позвоночника. Острое начало не привлекло внимание врачей к болям в позвоночнике, что повлекло за собой неправильную трактовку заболевания и, как следствие, нерациональное лечение. Несмотря на проводимое лечение в пульмонологическом отделении (плевральные пункции, гормонотерапия, антибиотикотерапия), у больного сохранялись признаки плеврита, боли в грудном отделе позвоночника. При анализе анамнеза выявлено, что 29 человек 2-й группы

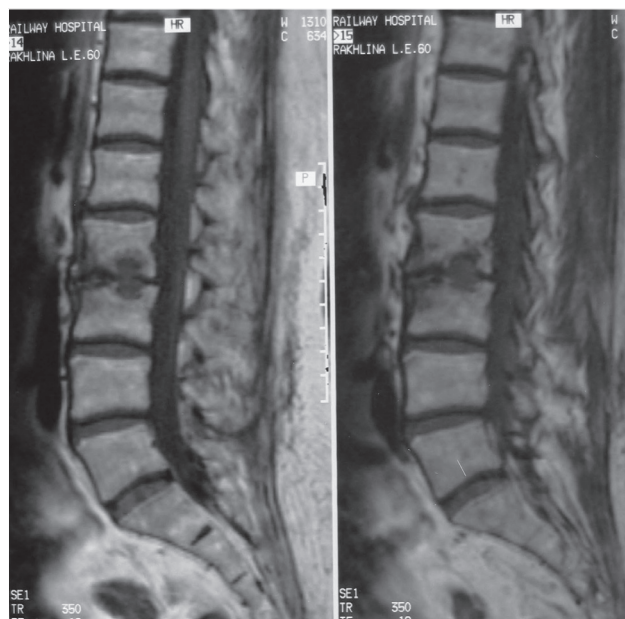


Рис. 3. Магнитно-резонансная томограмма больной Р., 63 лет, с острым неспецифическим остеомиелитом поясничного отдела позвоночника. Выявлены деструкция тел L_{II} и L_{III}, разрушение диска L_{II}–L_{III}, дорсальные протрузии дисков L_{III}–L_{IV}, L_V–S_I



Рис. 4. Магнитно-резонансная томограмма больного А., 51 года, с хроническим остеомиелитом грудного отдела позвоночника. Имеется разрушение тел T_{XI} и T_{XII} с эпидуральным и паравертебральным абсцессами.

на догоспитальном этапе получали антибиотикотерапию по поводу различных заболеваний внутренних органов — «пневмонии», «пиелонефритом», «мочекаменной болезни», «желчнокаменной болезни», однако, эффекта от проводимой терапии не было достигнуто.

Оценка болевого синдрома при НОП. Спектр причин, обуславливающих болевой синдром в спине, очень широк (см. табл. 1). Поэтому дифференциальная диагностика дорсалгии начинается с топической диагностики источника болевой импульсации и поиска причин, вызывающих болевой синдром.

Изучение клинических проявлений у 46 больных с НОП показало, что основными жалобами больных были выраженные боли в области позвоночника. Однако в различные стадии заболевания характеристика боли значительно отличалась. Так, например, в остром периоде НОП боль была «мучительная, грызущая, пульсирующая, жгучая, стреляющая». «Ноющая, тупая, разлитая» боль была более характерна для хронического течения воспалительного процесса в позвоночнике (табл. 2).

Для углубленного анализа болевого синдрома всех пациентов разбили на 2 группы: 1-я группа (22 больных) получила оперативное лечение, вторая (24 человека) — консервативное лечение. Боли в спине при НОП часто сопровождались распространенными вегетативными и соматическими синдромами, такими как сердцебиение, головокружение, мышечные подергивания. У подавляющего числа пациентов наблюдалась ноющая боль, также достаточно часто встречалась «пульсирующая» и «утомительная» боль. На ночной характер боли жаловались около половины пациентов 1-й и 2-й группы. Эта боль не позволяла им заснуть, усиливалась по ночам, носила изнуряющий характер.

В 1-й группе преобладали «схваткообразные», «мучительные» резкие боли, достигающие практически максимального значения при оценке по ВАШ ($78,3 \pm 5,6$)%, в то время как во 2-й группе боль достигала ($54,0 \pm 4,4$)% и часто была «пульсирующая», «стреляющая» (табл. 3).

Таблица 2

Характеристика боли по Мак-Гиллу по стадиям заболевания

Характер боли	Острая (n=18)		Хроническая (n=28)	
	Абс. число	%	Абс. число	%
Ноющая	4	22,2	17	60,7
Грызущая	9	50,0	14	50,0
Стреляющая	15	83,3	12	42,8
Пульсирующая	9	50,0	7	25,0
Утомительная	7	38,9	7	25,0
Мучительная	14	77,8	18	64,3
Схваткообразная	7	38,9	4	14,2
Резкая	6	33,3	14	50,0
Онемение	2	11,1	4	14,2
Жгучая	9	50,0	9	32,1
Колющая	4	42,7	9	32,1

Таблица 3

Характеристика боли по Мак-Гиллу при хирургическом (n=22) и консервативном (n=24) лечении

Характер боли	1-я группа (n=22)	2-я группа (n=24)
Ноющая	12	14
Грызущая	3	0
Стреляющая	15	12
Пульсирующая	9	14
Утомительная	11	8
Мучительная	14	7
Схваткообразная	11	0
Резкая	10	7
Онемение	5	4
Жгучая	9	16
Колющая	8	14

Оценка болевого синдрома по опроснику ВАШ, анкете Освестри (табл. 4) показала, что при оперативном лечении пациентов наблюдалась наиболее высокая степень выраженности боли, чем в группе больных, получавших консервативное лечение ($p < 0,01$). В остром периоде болевой синдром был более выраженным, чем в хронической фазе заболевания ($p < 0,01$) (табл. 5). После лечения наблюдалось уменьшение выраженности боли в обеих группах (более выраженное при оперативном лечении). Следует отметить совпадение величин оценок болевого синдрома по ВАШ и по опроснику Освестри.

Тревога и депрессия усиливают боль вертеброгенного происхождения. Результаты исследования показали, что болевой синдром при НОП это не только местный болезненный процесс, но травмирующий психоэмоциональный фактор. Использование модифицированного теста Цунга показало, что при НОП имеется высокий уровень тревожности (25–35 баллов). Однако при сравнении в группах до начала лечения депрессивные расстройства не имели значимых различий ($p > 0,05$) (см. табл. 4). У больных с НОП развивается выраженное чувство тревоги, вплоть до депрессии — подавленное настроение, склонность к плаксивости, раздражительности, ощущение ненужности окружающим или вины перед ними, возбуждение и др. Одновременно с этим отмечается эмоциональная нестабильность к оценке боли, характеризующаяся ее преувеличением. Больные проявляют необоснованно чрезмерную осторожность в движениях, мотивируют это чувством страха на «возникновение резких болей в спине».

Исследование показало, что у больных с хронической формой НОП чувство тревоги несколько более выражено, чем в острой стадии заболевания. Из-за постоянного рецидивирующего болевого синдрома и обращения в лечебные учреждения

Таблица 4

Результаты тестирования болевого синдрома при консервативном и хирургическом лечении (M±m)

Метод оценки болевого синдрома	Период обследования	Оперативное лечение (n=22)	Консервативное лечение (n=24)
ВАШ, %	До лечения	78,3±5,6**	56,0±4,4
	После лечения	16,5±2,5*	22,5±3,4
Опросник Освестри, %	До лечения	82,2±6,8**	59,5±4,5
	После лечения	21,3±3,6*	29,3±4,5
Индекс Цунга, баллы	До лечения	27,4±3,2	28,0±3,5
	После лечения	6,4±2,4**	15,5±2,6

Здесь и в табл. 5:

* p<0,05.

**p<0,01.

Таблица 5

Результаты тестирования болевого синдрома в зависимости от стадии заболевания (M±m)

Метод оценки болевого синдрома	Период обследования	Острая (n=18)	Хроническая (n=24)
ВАШ, %	До лечения	72,3±7,6**	48,0±4,8
	После лечения	14,5±3,4	16,4±2,9
Опросник Освестри, %	До лечения	82,2±6,8**	61,8±4,6
	После лечения	19,2±3,1	23,5±3,2
Индекс Цунга, баллы	До лечения	26,2±4,0	30,1±3,5
	После лечения	10,3±2,4	12,5±2,6

больные не могут нормально работать, у них возникает ощущение постоянного наблюдения со стороны, угрозы увольнения, что в сочетании с депрессией приводит к еще более выраженной персистенции боли (см. табл. 5). После лечения регресс боли и выраженности депрессивных расстройств был более значимым в группе оперированных больных (p<0,01).

Выводы. 1. Диагностика НОП должна базироваться на тщательном сборе анамнеза и подробной характеристике болевого синдрома с учетом его балльной оценки по опросникам и шкалам.

2. Позднее выявление заболевания и несвоевременная постановка диагноза были связаны, по-видимому, с неспецифичностью болевого синдрома (присущего заболеваниям внутренних органов: почек, легких, печени и т.д.) и со схожестью клинической картины спондилитов с другими заболеваниями позвоночника (дегенеративно-дистрофическими, системными и опухолевыми поражениями позвоночника),

3. В соответствии с рекомендациями ВОЗ для оценки болевого синдрома при НОП следует применять визуальную аналоговую шкалу боли, анкету Освестри, модифицированный опросник Цунга и опросник о характере боли Мак-Гилла.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Канер Р. Секреты лечения боли: Пер с англ.—М.: Бином, 2006.—400 с.
2. Кукушкин М.Л. Неврогенная (невропатическая) боль // Мед. вестн.—2005.—Т. 32 (339).—С. 1–4.
3. Насонова В.А. Боль в нижней части спины — большая медицинская и социальная проблема // Cons. Med.—2005.—№ 8.—С. 536–541.
4. Тиходеев С.А., Вишневский А.А. Неспецифический остеомиелит позвоночника.—СПб.: СПбМАПО, 2004.—176 с.
5. Brown R., Hussain M., McHugh K. et al. Discitis in young children // J. Bone Joint Surg. (Br.).—2001.—Vol. 83-B, № 1.—P. 106–111.
6. Carragee E.J. Pyogenic vertebral osteomyelitis // J. Bone Joint Surg.—1997.—Vol. 79-A, № 6.—P. 874–880.
7. Gasbarrini A.L., Bertoldi E., Mazzetti M. et al. Clinical features, diagnostic and therapeutic approaches to haematogenous vertebral osteomyelitis // Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci.—2005.—Vol. 9, № 1.—P. 53–66.
8. Low Back pain initiative / Eds G.E. Ehriich, N.G. Khaltaev. The World Health Organisation of Noncommunicable Disease Management.—1999.—150 p.
9. Naderyi S., Salih S., Tansuet M. et al. Spinal epidural abscess // Material World Spine III 31 July–3 August 2005, Brazil.—P. 89.

Поступила в редакцию 17.01.2007 г.

A.A.Vishnevsky

SPECIFIC COMPLAINTS AND PAIN SYNDROME IN NONSPECIFIC OSTEOMYELITIS OF THE SPINE

The complaints were studied and pain syndrome estimated in 125 patients with nonspecific osteomyelitis of the spine (NOS). Complex conservative treatment was given to 74 of the patients, on 51 patients radical-restorative operations on the spine were fulfilled. The investigation has revealed specific features of pain syndrome in acute and chronic forms of NOS, in operative and conservative treatment.