

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ БЕХТЕРЕВА— МАРИ—ШТРЮМПЕЛЯ (АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛАРТРИТ)

Н. М. ЯНЧУР, И. А. ПЕТУХОВ

Болезнь Бехтерева — Мари — Штрюмпеля (анкилозирующий спондилартрит), как известно, тяжелое заболевание всего организма с преимущественным поражением опорно-двигательного аппарата. Лечение этого заболевания представляет большие трудности и дает скромные результаты.

В клинике факультетской хирургии Витебского медицинского института с 1958 г. находилось на стационарном лечении 63 больных анкилозирующим спондилартритом. Мужчин было 53 человека, женщин — 10. Возраст больных от 20 до 62 лет, а продолжительность заболевания от 1 года 4 месяцев до 21 года. Большинство больных к моменту заболевания имели возраст до 35 лет.

Лечение анкилозирующего спондилартрита является трудной задачей для врача. Оно малоэффективно, особенно в поздних, запущенных стадиях. Поэтому широко распространено мнение, что анкилозирующий спондилартрит является болезнью, которая не поддается терапии, и что прогрессирующее течение ее при любом способе лечения приводит к развитию анкилозов суставов позвоночника и конечностей и к тяжелой инвалидности. Для лечения этого заболевания предложено большое количество медикаментозных средств, физиотерапевтических процедур, оперативные вмешательства, санаторно-курортное лечение и др. Не останавливаясь на оценке всех описанных методов лечения, отметим лишь, что ввиду неясности этиологии и патогенеза этого заболевания большинство средств, предложенных для его лечения, взятых изолированно, имеет лишь симптоматическое значение. Приносят они только кратковременное и нестойкое облегчение, не оказывая существенного влияния на ход патологического процесса.

Мы считаем, что в основе патогенеза анкилозирующего спондилартрита лежит инфекционно-аллергический процесс, протекающий на фоне эндокринных нарушений. У большинства наших больных в периоды обострения отмечалось значительное и стойкое ускорение РОЭ, однако серологические исследования крови (реакция Вассер-

мана и осадочные реакции, реакция Хеддельсона и др.) оказались отрицательными. Поэтому надо полагать, что это неспецифическая инфекция. Кроме инфекции в этнологии этого заболевания мы придаем значение аллергическим факторам.

Проводим комплексное лечение анкилозирующего спондилартрита, которое включает ряд мероприятий. Исходя из предположения, что в этнологии этого заболевания важное значение имеет инфекция, в первую очередь применяем сочетание антибиотиков (пенициллин, стрептомицин) в течение 2—3 недель. Имея в виду, что в настоящее время анкилозирующий спондилартрит рассматривается как одна из разновидностей ревматоидного артрита (Е. М. Тареев, М. Г. Астапенко, Хан и др.), одновременно с антибиотиками назначаем больным производные пирозолонового ряда, а при сильных болях — пиримидон или анальгин. С целью изменения реакции внутренней среды организма (для увеличения кислотности тканей), чтобы способствовать декальцификации тканей и выведению кальция с мочой, применяем также большие дозы хлористого аммония по Ф. Р. Богданову. Для облегчения болей и уменьшения чувства скованности с целью предупреждения тугоподвижности и анкилозирования суставов назначаем стероиды.

Теоретически применение стероидов при анкилозирующем полиартрите вполне оправдано, так как они оказывают влияние на обмен кальция и в результате этого кальциевый баланс в организме становится отрицательным.

Назначаем стероиды или внутрь (кортизон, преднизон, преднизолон) или внутримышечно (АКТГ), а иногда к этому добавляем, по показаниям, пара- или интраартикулярное введение гидрокортизона. Считаем, что стероидная терапия показана в ранних стадиях, до появления анкилозов в суставах, а также в случаях прогрессирующего течения заболевания, не поддающихся лечению другими способами, а так как многие из наших больных страдали запущенными формами болезни, то практически стероиды назначали всем больным, сочетая с другими лечебными средствами. Мы применяем сравнительно небольшие, как суточные (25—50 мг кортизона или 25—40 ед. АКТГ), так и курсовые дозы (700—1000 мг кортизона или 500—800 ед. АКТГ).

Вместе с применением антибиотиков и стероидов назначаем больным парафиновые аппликации, диатермию, УВЧ, соллюкс, ультразвук, радоновые ванны, санаторно-курортное лечение и лечебную физкультуру, обращая особое внимание на дыхание больного. Из средств тканевой терапии — инъекции лидазы и стекловидного тела, а в качестве неспецифической патогенетической терапии паранефральную блокаду по А. В. Вишневскому. Из рациона больных исключаются все продукты, содержащие большое количество кальция (щавель, шпинат, бобовые, молоко, творог, сыр и др.).

Кроме указанного комплекса лечебных мероприятий 28 больным было произведено одностороннее удаление околощитовидных желез справа и удаление правой доли щитовидной железы. На основании нашего опыта можно отметить, что в свежих случаях анкилозирующего спондилартрита паратиреоидэктомия в сочетании с комплексным лечением до известной степени задерживает развитие прогрессирующих деформаций, уменьшает скованность больных, ведет к уменьшению болей, улучшению общего состояния и к исчезновению рефлекторного спазма мускулатуры.

В ы в о д ы:

1. Применяемое комплексное лечение анкилозирующего спондилартрита облегчает общее состояние больных.

2. Паратиреоидэктомия в некоторых случаях анкилозирующего спондилартрита является дополнением комплексной терапии.