

Клинические проявления болезней Кюммеля и Кальве



Проф. Смирнов А.А.
Кафедра неврологии,
психиатрии и
наркологии
ФДПО ПИМУ МЗ РФ

31.10.2018

Болезнь Кюммеля

Болезнь Кальве

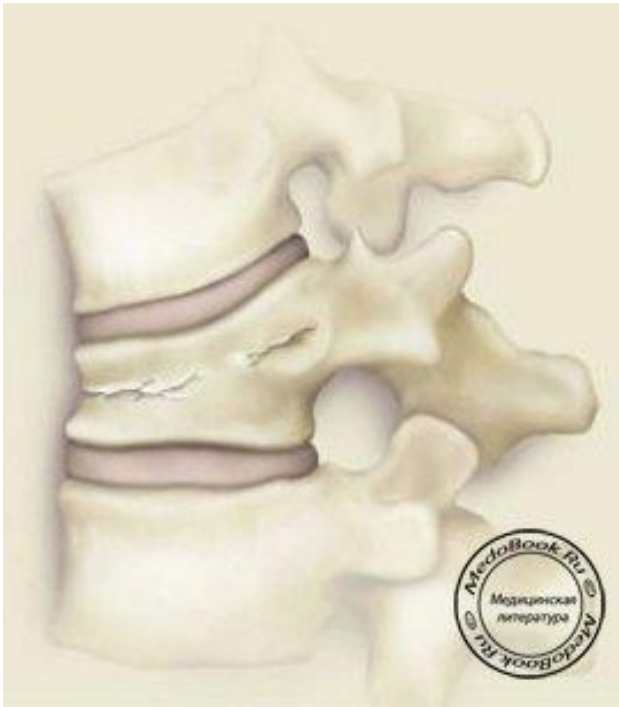
- Как правило, впервые пациенты обращаются с болями в спине к неврологу
 - Встречаются не так уж редко
- Однако эти заболевания несвоевременно распознаются в связи с недостаточной осведомлённостью врачей о их проявлениях

Болезнь Кюммеля

- Первое сообщение было сделано Verneuil (1894)
- Наиболее подробное описание под названием «*травматический спондилит*» представлено немецким хирургом Kummell (1895)

Болезнь Кюммеля

- Основным проявлением заболевания является *отсроченная после локальной травмы клиновидная деформация тела позвонка* аналогично компрессионному перелому



Болезнь Кюммеля

- Болезнь Кюммеля встречается чаще у мужчин молодого и среднего возраста
 - Как правило, оказывается поражённым один из грудных позвонков, хотя возможно поражение и поясничного позвонка

Болезнь Кюммеля

- Г. Кюммель утверждал, что «...некротизация костной ткани протекает по типу *неинфекционного спондилита*. В отличие от туберкулезного спондилита в очаге некроза пораженного позвонка отсутствовали микроорганизмы - возбудители инфекционного воспаления»

Болезнь Кюммеля

- При асептическом некрозе отсутствует возбудитель и соответствующая иммунная реакция со стороны организма, опознаваемая по общеизвестным симптомам.
- Медленный и незаметный некроз происходит на протяжении нескольких месяцев без каких-либо клинических проявлений

Болезнь Кюммеля

- Большинство авторов считают, что в основе заболевания лежит травматическое повреждение сосудов позвонка и медленное развитие в последующем *аваскулярного асептического некроза губчатой кости тела позвонка*

- <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/calve-disease>

Этиопатогенез

В начале процесса лежит травматическое повреждение плотного кортикального слоя позвонка, который состоит из микроскопических трабекул.

В полых каналах микротрубок находятся кровеносные капилляры. Нарушение питающей структуры кости значительно замедляет воспроизводство остеобластов, провоцирует ускоренный апоптоз.

Постепенно образуется «сплющенный»
ПОЗВОНОК

Болезнь Кюммеля

Стадия I

- После травмы в области грудного или поясничного позвонка возникает сильная локальная боль, которая обычно сохраняется 2-3 недели, затем совершенно исчезает
 - На проведённых R-граммах *патологии не отмечается*, т.е. компрессионный перелом позвонка исключается

Болезнь Кюммеля

Стадия II

- В дальнейшем всегда имеется *светлый временной промежуток*, когда жалоб нет. Продолжительность 6-8 месяцев.
- R - картина позвоночного столба в это время остается неизвестной, так как больные не обращаются к врачу и продолжают заниматься физическими нагрузками

Болезнь Кюммеля

Стадия III

- После незначительной травмы или тяжёлой физической нагрузки, иногда без причины, *вновь появляется болевой синдром*, сходный с болями после первичной травмы, но менее интенсивный.
- Объективно выявляется кифозирование, выступание остистого отростка поражённого позвонка, ограничение в ПДС, боли при надавливании и перкуссии остистого отростка.
 - Температура остаётся нормальной

Болезнь Кюммеля

- На R-граммах отмечается уменьшение позвонка по высоте преимущественно в передней своей части равномерно цилиндрически или асимметрично. В боковой проекции передняя поверхность позвонка представляется правильно вогнутой, верхний и нижний края несколько заостренными и выступающими вперед. Позвонок может уменьшиться в высоте спереди до $1/3$ нормальной высоты

- Формально рентгенологическая картина компрессионного перелома может иметь сходство с туберкулезным или другим спондилитом. В некоторых случаях процесс также может начинаться с травмы.
- В свою очередь, компрессионный перелом позвонка может быть вызван очень небольшой травмой (при остеопорозе)

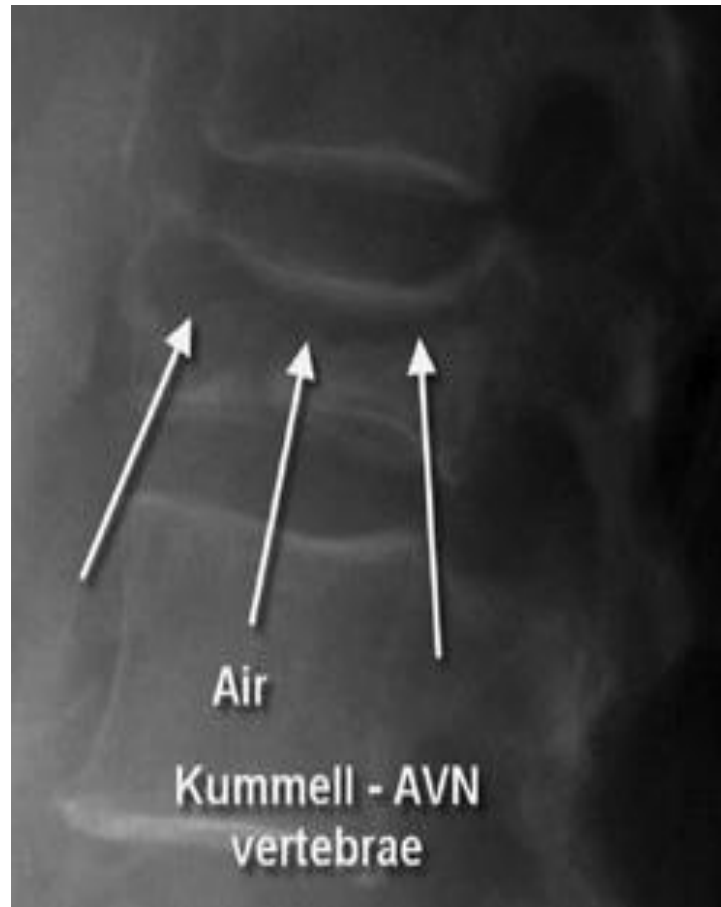
Болезнь Кюммеля

- Большую дифференциально-диагностическую ценность представляет *увеличение размеров тела позвонка в горизонтальном направлении, говорящее против воспалительного процесса.*

При туберкулёзном спондилите межпозвонковая щель смежных позвонков либо резко сужена, либо вовсе отсутствует, имеется узурация замыкательных пластинок

Болезнь Кюммеля

- посттравматический аваскулярный
некроз позвонка





- Компрессия позвонка, развившаяся через 10 месяцев после локальной травмы позвоночника при клиническом синдроме Кюммеля

Б-й С. Болезнь Кюммеля



МРТ (режим T2, сагит. проекция):
клиновидная деформация тел
Th4-5, развившаяся через
5 месяцев после травмы
позвоночника

**Сразу после травмы
на Р-граммах позвоночника
костно-травматических
повреждений не отмечалось**

Б-й Б.. Болезнь Кюммеля

МРТ (режим T1 и T2, сагит. проекция): изменения в L4 позвонке возникли через 6 месяцев с момента травмы



**После травмы проводилась
Р-графия позвоночника -
без патологии**

Болезнь Кальве

(платиспондилия, vertebra plana)

- Описана J. Calve (1925)
- Наблюдается среди детей и подростков в возрасте от 2 до 17 лет
- В большинстве случаев обусловлена *эозинофильной гранулёмой*, а также может развиваться при болезни Гоше, лимфогранулематозе, аневризмальной кисте, редко при асептическом некрозе тела позвонка

• *Андрианов В.Л. и др., 1985*

Болезнь Кальве



Наиболее часто поражается грудной позвонок, находящийся в самой высокой точке грудного кифоза и несущего самую большую нагрузку. Значительно реже встречается в поясничном отделе. Болезнь Кальве диагностируется по данным рентгенографии и МСКТ позвоночника

Болезнь Кальве

- Начало обычно малозаметное. Основной жалобой пациентов является локальная боль в спине, которая может носить периодический характер. Возможна иррадиация боли в ноги.
- Как правило, боль уменьшается и даже полностью исчезает в положении лёжа и увеличивается при физической нагрузке.
 - Дети становятся малоподвижными и предпочитают лежать

Болезнь Кальве

- В ряде случаев в течение первых 3-7 дней может повышаться t до 38° (6% детей)
Протекает с нарастающим локальным болевым синдромом
- Характерно выпячивание остистого отростка пораженного позвонка, его болезненность при пальпации, напряжение паравертебральных мышц и ограничение подвижности позвоночника в этой области

Эозинофильная гранулёма

- *болезнь Таратынова*

Описана Н.И.Таратыновым (1913).

Это солитарная, наиболее благоприятная форма ретикулогистиоцитоза Х.

При эозинофильной гранулёме позвоночник поражается в 40,3% случаев.

Позвоночник может быть единственным местом поражения или сочетаться с другими локализациями

- Этиология и патогенез до настоящего времени остаются неясными

Эозинофильная гранулёма

- При микроскопическом исследовании
в очаге *эозинофильной гранулёмы*
определяется ограниченный
гранулематозно-остеолитический процесс,
выраженная гиперплазия
ретикулярных клеток,
скопления эозинофилов

Эозинофильная гранулёма

- Стадия I продолжается 3-8 мес. На R-грамме в первые 1,5-2 мес отмечается некоторое разрежение в теле поражённого позвонка
 - Во II стадии, начиная с 2-2,5 месяцев, в позвонке появляются очаги деструкции, обычно в передней и центральной части позвонка
- В течение последующих 5-6 месяцев в теле позвонка могут появляться новые очаги

Эозинофильная гранулёма

- Затем развиваются патологические микропереломы с кровоизлияниями в очаг поражения. В этот период заболевания тело позвонка как бы сплющивается, оно выступает кпереди на 1-3 мм в одну или обе стороны. Высота тела снижается до $1/3$, а иногда представляет собой тонкую пластинку. Образуется пологий кифоз, иногда сколиоз

Эозинофильная гранулёма

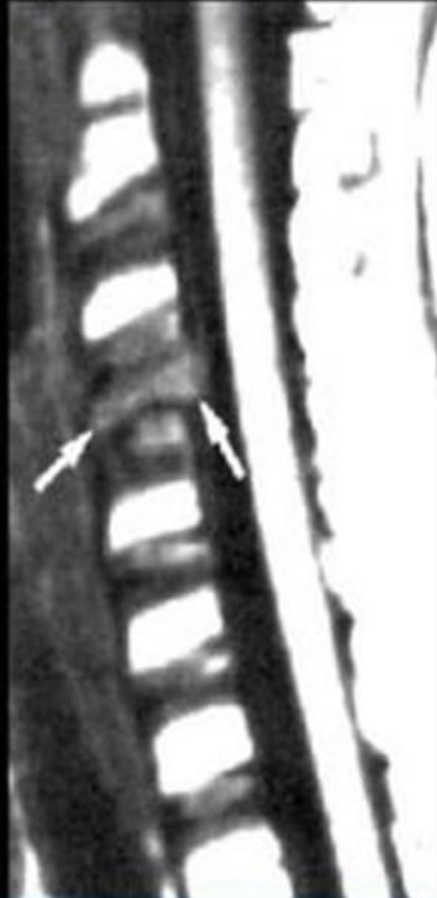
- Стадия III – восстановительный период.
Длительность от 1,5 до 4 лет. На R-граммах появляется заметное уплотнение в центре тела, задних отделах, уплотняются также обе замыкательные пластины, начинается постепенное восстановление высоты тела позвонка.
- Однако, полного восстановления не происходит

Эозинофильная гранулёма - диагностика

- Гистологическое исследование очага
- Общий анализ крови - может выявляться умеренный лейкоцитоз до 15 000 в 1 мм³, эозинофилия до 10-15%.
- Нередко картина крови не изменяется
 - R - графия и МСКТ позвоночника



Eosinophilic granuloma



Radiopaedia.org

(F.Gajar)

- Терапия и реабилитация пациентов при болезнях Кюммеля и Кальве требует длительного времени и проводится под наблюдением травматолога, хирурга
- При показаниях проводится вертебропластика

Спасибо за внимание !

