

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СПОНДИЛОДИСЦИТОВ – РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ?

Нестереня В. Г.

Научный руководитель ассист. Климук С. А.

Белорусский государственный медицинский университет,
кафедра общей хирургии,
г. Минск

Ключевые слова: спондилодисцит, гнойно-воспалительные заболевания позвоночника, хирургическое лечение.

Резюме. Спондилодисциты (СпД) представляют собой серьезную и клинически важную проблему, так как зачастую приводят к инвалидизирующим неврологическим нарушениям. Поэтому требуют адекватного сочетания интенсивного консервативного и хирургического лечения. В данной работе мы оценили потребность в хирургическом лечении при неспецифическом спондилодисците и особенности его в условиях общехирургического стационара.

Resume: Spondylodicitis (SPD) represents a serious and clinically important problem because it often leads to invalidities neurological disorders and the development of severe sepsis. Therefore it requires an adequate mix of intensive conservative and surgical treatment. In this work, we evaluated the need for surgical treatment in patients with non-specific spondylodiscitis and its features in the conditions of the surgical department.

Актуальность. Несмотря на применение современных антибактериальных препаратов, количество неблагоприятных исходов неспецифического СпД остается высоким. Летальность при данном заболевании варьирует от 2 до 12%. [1] Актуальным так же остается тот факт, что примерно у половины пациентов заболевание выявляется в сроки более 2 месяцев, что связывают с высокой частотой болей в спине в популяции и отсутствием настороженности в плане заболевания. [2]

Цель: оценить потребность в хирургическом лечении при неспецифическом спондилодисците и особенности его в условиях общехирургического стационара.

Задачи:

1. Определить необходимость и показания для хирургического лечения пациентов с диагнозом «неспецифический СпД»;
2. Оценить особенности хирургического лечения в стационарах общехирургического профиля.

Материалы и методы. Выполнено ретроспективное исследование карт стационарных пациентов отделения гнойной хирургии 5 ГКБ за период с 1 января 2014 г по 1 января 2016 г. Критериями включения были:

- 1) диагноз «спондилодисцит»;
- 2) исключение специфической (туберкулезной) природы процесса;
- 3) наличие клинико-лабораторных данных и результатов неврологического обследования за первые двое суток стационарного лечения.

Отдельно мы отбирали пациентов, которым было проведено оперативное лечение.

Результаты и их обсуждение: Было проведено исследование 47 карт

стационарных пациентов гнойного хирургического отделения 5ГКБ за 2014-2016 гг., поступивших и получавших лечение по поводу неспецифического СпД. Среди исследуемых пациентов мужчин было 21 (47%), женщин- 26 (53%). Медиана возраста пациентов составила 63 года (интерквартильный размах [ИКР] 54, 74; диапазон 22- 86 лет).

Учитывались следующие критерии оценки тяжести течения заболевания:

1. локализация процесса;
2. степень деструкции и наличие осложнений;
3. сопутствующие заболевания;
4. активность воспалительного процесса (согласно критериям ССВО).

Также мы учитывали наличие критериев системного воспалительного ответа на момент поступления, основанных на общем анализе крови и биохимии, взятых в первые двое суток стационарного лечения. Таким образом, более двух критериев наблюдалось у 19 пациентов (40,5%).

На основании проведенного исследования, мы выяснили, что преимущественно поражались грудной и поясничный отделы позвоночника, большинство пациентов имели патологию именно на этом уровне (таблица 1).

Таблица 1. Пораженные отделы позвоночника (N= 47пациентов)

Грудной отдел позвоночника	16 пациентов (34,04%)
Поясничный отдел позвоночника	20 пациентов (42,55%)
Сочетанное поражение грудного и поясничного отделов	5 пациентов (10,64%)
Сочетанное поражение поясничного и крестцового отделов	6 пациентов (12,77%)

В 74,57% случаев в процесс были вовлечены 2 смежных позвонка (таблица 2).

Таблица 2. Количество вовлеченных в процесс позвонков (N= 47 пациентов)

5 позвонков	3 пациента (6,38%)
4 позвонка	3 пациента (6,38%)
3 позвонка	4 пациента (8,51%)
2 позвонка	35 пациентов (74,47%)
1 позвонок	2 пациента (4,26%)

Стоит отметить, что у пациентов с многоуровневыми поражениями чаще страдали грудной (60%) и поясничный (48%) отделы.

Что касается осложнений, а именно сепсиса и «холодных абсцессов», то они развились у 5 пациентов («холодные абсцессы» развились в области m. ileopsoas, ягодичной области справа и правого бедра).

В лечебном процессе главная роль принадлежит радикальной санации гнойного очага. При её выполнении иссекаются нежизнеспособные мягкие ткани и вскрываются все гнойные затеки, удаляются фиксирующие конструкции вместе с пораженными участками кости. При этом на месте оперативного вмешательства образуется дефект кости и мягких тканей, а часть позвоночных сегментов теряет

свою опороспособность. В связи с этим были выделены следующие показания к оперативному лечению:

- ✗ наличие гнойного очага
- ✗ наличие нежизнеспособных мягких тканей
- ✗ наличие пораженных костных структур с нестабильностью позвоночника

Оперативное лечение проводилось 10 пациентам (23,4%).

Одному пациенту с диагнозом СпД на уровне Th4-Th6 с формированием натечного абсцесса, эпидурита с компрессией спинного мозга, наличие нижней смешанной параплегии, нарушением функции тазовых органов по типу задержки мочи была выполнена заднебоковая декомпрессия спинного мозга на уровне Th4-Th6 справа, секвестрнекрэктомия, трансплантация Th4-Th6 фрагмента аллокости с кортикальным слоем; через неделю сделана ревизия раны, выполнена переустановка трансплантата и задняя фиксация Th4-Th6, после было выявлено нагноение металлоконструкции. После чего пациентка и попала в отделение гнойной хирургии 5ГКБ.

Еще одному пациенту с диагнозом СпД на уровне Th10-Th11 позвонков, остеомиелит Th10-Th11 позвонков, правосторонний паравертебральный абсцесс на уровне Th8-Th11, компрессионно-ишемическое поражение спинного мозга на уровне Th10-Th11, наличие нижней параплегии, нарушением функции тазовых органов по типу задержки мочи и стула была выполнена заднебоковая декомпрессия спинного мозга на уровне Th10-Th11, вскрыт и дренирован эпидуральный абсцесс. После исключения туберкулезной природы процесса, пациент был выписан в стабильном состоянии через 32 дня.

Пациентке с диагнозом СпД Th9-Th10 с патологическим переломом Th10, вторичная миелопатия на грудном уровне, наличие нижней параплегии, нарушением функции тазовых органов по типу задержки мочи была также выполнена заднебоковая декомпрессия спинного мозга на уровне Th9-Th10, секвестрнекрэктомия, дренирование раны. С положительной динамикой пациентка выписана в стабильном состоянии через 45 дней после поступления.

Пациент с диагнозом СпД Th5-Th6 с компрессией спинного мозга был переведен из РНПЦ ПиФ, где нейрохирургами-вертебрологами ему была выполнена передняя декомпрессия спинного мозга на уровне Th5-Th6, секвестрнекрэктомия Th5-Th6, передний спондилез Th4-Th7 с трансплантацией кости с кортикальным слоем. После исключения туберкулезной природы процесса попал в УЗ «5-я ГКБ», откуда с улучшением был выписан на амбулаторное лечение через 32 дня.

Трем пациентам с диагнозами «гнойный СпД» на уровне L3-L5 и L4-L5 была выполнена ламинэктомия, и удаление грыжи межпозвонкового диска L4-L5 слева. Все трое выписаны в стабильном состоянии.

Одной пациентке с диагнозом «СпД на уровне Th7-Th11, эпидурит, миелит, осложненным сепсисом» было выполнено вскрытие флегмоны мочевого пузыря (ранее была оперирована в нейрохирургическом отделении), а другой - вскрытие и дренирование абсцессов ягодичной области и некрэктомия пролежня. Обе выписаны с улучшением на амбулаторное лечение.

Выводы:

1. Оперативное лечение потребовалось почти четверти пациентов, причем оно выполнялось не общим хирургом, а нейрохирургом.

2. Вмешательство показано при серьезных жизнеугрожающих осложнениях, следовательно, быстрый доступ к нейрохирургической помощи является критичным.

3. Терапия СпД должна включать адекватное сочетание консервативного и хирургического лечения.

4. Особенно важно взаимодействие служб общей и нейрохирургии, в идеале – их территориальное единство.

Литература

1 Deardre, C. Spinal epidural abscess: A Diagnostic Challenge / C.Deardre // Am. Fam. Phisician. – 2002. – Vol.65. – p. 1341-1346.

2 Sapico, F. L. Pyogenic vertebral osteomyelitis: report of nine cases and review of the literature. Rev Infect Dis / F. L. Sapico, J. Z. Montgomerie. – 1979. – №1. – p. 754–776.

Репозиторий БГМУ