

А. В. Лапцевич, А. Г. Римашевский
**БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И
КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СПОНДИЛОДИСЦИТОВ
В СТАЦИОНАРАХ НЕ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Научный руководитель ассист. С. А. Климук,

Кафедра общей хирургии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

***Резюме.** В статье приведены результаты сравнительной оценки ближайших результатов хирургического и консервативного лечения спондилодисцитов в Республиканском центре по лечению спондилодисцитов неспецифической этиологии.*

***Ключевые слова:** спондилодисцит, спондилит, гнойные неспецифические заболевания позвоночника.*

***Resume.** The article presents results of the comparative assessment of immediate outcomes of surgical and conservative treatment of spondylodiscitis in the Republican Center for the treatment of non-specific spondylodiscitis.*

***Keywords:** spondylodiscitis, spondylitis, pyogenic nonspecific spine disease.*

Актуальность. Частота встречаемости составляет 2,4 на 100000, что связывают с совершенствованием методов диагностики и все большим распространением внутривенных наркотиков [1]. Актуальным так же остается тот

факт, что примерно у половины пациентов диагноз выставляется более чем спустя 2 месяца от начала заболевания, что связывают с высокой частотой болей в спине в популяции и отсутствием настороженности в плане заболевания [2]. У 30-40% пациентов после перенесенного заболевания сохраняется неврологический дефицит [4]. Летальность варьирует от 2 до 12% [3]. Ранняя диагностика и адекватное лечение, включающее устранение инфекции, декомпрессию позвоночного канала, восстановление и сохранение структуры и функции позвоночника и облегчение боли способствуют снижению смертности, уменьшению инвалидизации и улучшению качества жизни среди пациентов.

Цель: оценить результаты консервативного и хирургического лечения спондилитов и спондилодисцитов.

Задачи:

1. Оценить результаты лечения спондилодисцитов на базе Республиканского центра по лечению спондилодисцитов неспецифической этиологии.

2. Выявить наиболее оптимальные критерии для диагностики спондилодисцитов.

3. Сравнить эффективность консервативного и оперативного лечения.

Материал и методы. Было произведено ретроспективное исследование 21 карты стационарных пациентов гнойного хирургического отделения 5 ГКБ, получавших лечение с момента открытия Республиканского центра по лечению спондилодисцитов неспецифической этиологии осенью 2014 года по настоящее время. Оценивали: возраст пациента, пол, длительность лечения до поступления в стационар, продолжительность стационарного лечения, локализацию очага, количество вовлеченных позвонков, заключение компьютерной и магнитно-резонансной томографии, тяжесть неврологических нарушений, наличие осложнений, данные лабораторных тестов, результаты лечения (восстановление функции нижних конечностей). Среди наблюдаемых пациентов женщин было 7 (38,10%), мужчин - 13 (61,90%), медианный возраст пациентов - 60 лет (ИКР 41;67 - диапазон – 26 - 83 года).

Результаты и их обсуждение. Время от момента поступления в стационар до постановки правильного диагноза варьировало от 1 до 74 суток (медиана времени - 21 сутки). Койко-день составил от 5 до 92 суток (медиана - 27 суток). Среди первых клинических проявлений болевой синдром наблюдался у 15 пациентов (71,42%), сочетание болевого и воспалительного синдрома - у 6 пациентов (28,57%) Этиологию заболевания связывали со следующими факторами: на фоне перенесенной инфекции - 6 пациентов (28,57%) ; вследствие травматического повреждения - 6 пациентов (28,57%); неуточненная этиология - у 9 пациентов (42,86%).

Тяжесть заболевания оценивалась по следующим критериям: локализация процесса, степень деструкции и наличие осложнений, степень компрессии

позвоночного канала (наличие и выраженность неврологической симптоматики), активность воспалительного процесса. Преимущественно наблюдалось поражение грудного (42,85%) и поясничного (33,33%) отделов позвоночника, реже - сочетанные поражения нескольких отделов (23,82%). В 66,66% случаях в процесс вовлекались 2 смежных позвонка. Множественные многоэтажные поражения не встречались. Наличие и выраженность неврологической симптоматики оценивали по шкале Френкеля 1969г. [5].

Таблица 1. Шкала Френкеля

Группа	Критерии группы
Группа А	Пациенты с полным или грубым нарушением проводимости спинного мозга (отсутствие двигательных и чувствительных функций)
Группа В	Пациенты с парезом, но с сохранившейся чувствительностью или ее элементами
Группа С	Пациенты с выраженным парезом и с сохранившейся чувствительностью
Группа D	Пациенты со слабым парезом и нормальной чувствительностью
Группа Е	Пациенты без неврологических нарушений или с легкими парезами, не влияющими на трудоспособность

Распределение по группам было следующее: группа А - 0 пациентов, группа В - 1 пациент, группа С – 6 пациентов, группа D – 2 пациента, группа Е – 12 пациентов. Следовательно больше половины пациентов относилось в группу без неврологических нарушений или с легкими парезами на момент поступления. Лейкоцитоз наблюдался у 10 пациентов (47,61%), увеличение СОЭ у 12 пациентов (57,14%). Синдром системного воспалительного ответа на момент поступления наблюдался у 11 пациентов, на момент выписки - у 3 пациентов. Посев гемокультуры на питательную среду позволил диагностировать сепсис лишь в одном случае, что связано с началом антимикробной терапии задолго до взятия материала на посев. Летальный исход имел место в одном случае.

Оперативное лечение проводилось 3 пациентам (14,28%), среди них: интергемияминэктомия L3-L4, исход операции – улучшение после оперативного лечения; задняя декомпрессия на уровне Th7 – Th-8, исход операции – выписан с улучшением; ламинэктомия, исход операции – выписан с улучшением.

9 пациентов (42,85%) составляли категорию трудоспособного возраста, но учитывая стойкое сохранение неврологической симптоматики у большей части выписавшихся пациентов, трудовой прогноз относительно неблагоприятный, происходит частичная стойкая утрата нетрудоспособности.

Выводы:

1. В связи с постепенным началом и неспецифической картиной заболевания, своевременная диагностика является ключом к успешному лечению спондилитов, что позволяет добиться хороших и удовлетворительных результатов лечения в стационарах не нейрохирургического профиля.

2. Оптимальным методом диагностики спондилитов на ранней стадии является МРТ. Лабораторная диагностика остеомиелита позвоночника очень важна, но не всегда специфична. Лейкоциты могут быть в пределах нормы у пациентов с субклинической или хронической инфекцией. Увеличение СОЭ наблюдалось у 12 пациентов (57,14%) пациентов. Гемокультура была положительной в одном случае, что связано с началом антимикробной терапии задолго до взятия материала на посев. Биопсия инфицированной зоны позволяет выбрать оптимальную антибактериальную терапию.

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

A. V. Laptsevich, A. G. Rimashevskii

SHORT-TERM RESULTS OF SURGICAL AND CONSERVATIVE TREATMENT OF SPONDYLODISCITIS IN NON-NEUROSURGICAL HOSPITALS

*Tutor Assistant S. A. Klimuk,
Department of General and Surger,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

1. Epidemiology of vertebral osteomyelitis in France: analysis of hospital discharge data 2002—2003 / L. Grammatico, S. Baron, E. Rusch, B. Lepage [et al.] // *Epidemiol Infect.* – 2008. – №136 (5). – P. 653-660.

2. Sapico, F. L. Microbiology and antimicrobial therapy of spinal infections / F. L. Sapico // *Orthop Clin North Am.* – 1996. – №27. – P. 9–13.

3. Deardre, C. Spinal epidural abscess: A Diagnostic Challenge / C. Deardre // *Am. Fam. Physician.* 2002. – Vol. 65. – P. 1341–1346.

4. Тиходеев. С.А. Неспецифический остеомиелит позвоночника / С. А. Тиходеев, А. А. Вишневецкий. – СПб., 2004. – 354 с.

5. Sascha Mann, M.D., Michael Schütze, M.D., Steffen Sola, M.D., Jürgen Piek, M.D. *Neurosurrg Focus.* 2004;17(6)