

В.Г. Нестереня
СЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ СПОНДИЛОДИСЦИТОМ

Научный руководитель: ассист. С.А. Климук

Кафедра общей хирургии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Спондилодисциты (СпД) представляют собой серьезную и клинически важную проблему. В данной работе мы оценили значение синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) инфекционного генеза у пациентов с неспецифическим СпД, а также изучили частоту развития септического синдрома у пациентов с неспецифическим СпД.

Ключевые слова: спондилодисцит, гнойно-воспалительные заболевания позвоночника, сепсис, синдром системного воспалительного ответа.

V.G. Nesterenya
SEPTIC SYNDROME IN PATIENTS WITH NON-SPECIFIC SPON-
DYLODISCITIS

Tutor: assistant S. A. Klimyk

Department of General Surgery,

Belarusian State Medical University, Minsk

Resume: Spondylodicitis (SPD) represents a serious and clinically important problem. In this work, we evaluated the value of systemic inflammatory response syndrome (SIRS) of infectious etiology in patients with non-specific SPD, and also examined the rate of development of septic syndrome in patients with non-specific SPD.

Keywords: Spondylodicitis, purulent-inflammatory diseases of the spine, sepsis, systemic inflammatory response syndrome.

Актуальность. Одной из вероятных причин хирургического сепсиса является гнойная патология позвоночника – спондилодисцит (СпД) - при приобретенных иммунодефицитных состояниях. Летальность при данной патологии составляет до 11% и обусловлена в основном сепсисом[1]. Согласно руководству 2012 года, используется 22 критерия ССВО, в том числе классические критерии Боне[2].

Цель: Уточнить значение синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) инфекционного генеза у пациентов с неспецифическим СпД.

Задачи:

1. Изучить частоту развития ССОВ у пациентов с неспецифическим СпД.
2. Определить связь наличия ССВО и исходов неспецифического СпД.
3. Сравнить выявляемость ССВО по критериям ССВО 1992 и 2012 года.

Материалы и методы. Выполнено ретроспективное исследование карт стационарных пациентов отделения гнойной хирургии 5 ГКБ за период с 1 января 2014 г по 1 января 2015 г. Критериями включения были: 1) диагноз

«спондилодисцит»; 2) исключение туберкулезной природы процесса; 3) наличие данных общего анализа крови и биохимии, забранных в первые двое суток стационарного лечения.

Результаты и их обсуждение: Выполнено исследование 27 карт стационарных пациентов гнойного хирургического отделения 5ГКБ за 2014-2015 гг., получавших лечение по поводу неспецифического СпД. Мужчин было 13 (48%), женщин - 14 (52%). Медиана возраста пациентов составила 64 года (интерквартильный размах [ИКР] 45, 74; диапазон 22- 85 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). У всех пациентов был взят посев крови на гемокультуру. Почти во всех случаях посев не давал роста либо число колониеобразующих единиц (КОЕ) было меньше 10^5 ; тем не менее, пациентов вели как септических из-за других критериев генерализации инфекции. Гемокультура была положительной лишь в одном случае. Мы связываем это с началом антимикробной терапии задолго до взятия материала на посев и тяжелым течением заболевания.

Преимущественно поражались грудной и поясничный отделы позвоночника - 37,04% и 44,44 % пациентов соответственно, сочетанное поражение грудного и поясничного отделов - 3 пациента (11,11%), а сочетанное поражение поясничного и крестцового отделов - 2 пациента (7,41%). У большинства - 18 пациентов - в процесс были вовлечены 2 смежных позвонка (66,7%), у трех пациентов в процесс были вовлечены 3 смежных позвонка (11,1%), у остальных наблюдались поражения на уровне одного, четырех и пяти смежных позвонков - по 7,4% в каждой группе. У пациентов с многоуровневыми поражениями чаще страдали грудной (60%) и поясничный (48%) отделы. Осложнения развились у 4 пациентов («холодные абсцессы» в области m. iliopsoas, ягодичной области справа и правого бедра).

Чтобы оценить частоту ССВО, помимо наличия критериев ССВО при поступлении также выполнялась оценка по ходу лечения: у пациентов с эпизодами фебрильной лихорадки - на момент повышения температуры. Ввиду наличия у ряда пациентов утраченных данных, для обеспечения достоверности сравнений, использованы только 16 из 22 критериев 2012 года, а именно: лихорадка ($>38,3^{\circ}\text{C}$) или гипотермия ($< 36^{\circ}\text{C}$), гипергликемия в отсутствие диабета (глюкоза плазмы > 140 мг/дл или $7,7$ ммоль/л), тахипное (>16), частота сердечных сокращений (> 90 /мин или более 2 стандартных отклонений от возрастной нормы), прокальцитонин (выше нормы более чем на 2 стандартных отклонения), С-реактивный белок (выше нормы более чем на 2 стандартных отклонения), нормальный уровень лейкоцитов, при более 10% незрелых форм, лейкопения (< 4000 /мкл) или лейкоцитоз ($> 12\ 000$ /мкл), гипотония, гипербилирубинемия (общий билирубин плазмы > 4 мг/дл или 70 мкмоль/л), тромбоцитопения ($< 100\ 000$ /мкл), аномалии свертывания (МНО $> 1,5$ или АЧТВ > 60 с), увеличение креатинина ($> 0,5$ мг/дл или $44,2$ мкмоль/л). [2]

В результате анализа данных оказалось, что по критериям Боне, более двух критериев наблюдалось у 9 пациентов (33%). По критериям 2012 года, у 9 пациентов (33%) наблюдалось более 2 критериев ССВО при поступлении, что свидетельствует о наличии системного воспаления; следовательно, эти пациенты должны вестись как септические.

Сопутствующая патология у пациентов распределилась следующим образом. У большинства пациентов была ишемическая болезнь сердца (ИБС). Однако более значимыми следует считать такие патологические состояния, как сахарный диабет (СД), новообразования, гепатит и др., т.е. приводящие к иммунодефициту [3]. Тенденция к наличию сопутствующих патологий явно заметна у пациентов именно с ССВО: ИБС встречалась в группе ССВО у 77,8%, так как они определяют частоту и скорость развития более тяжелых заболеваний (у каждого из пациентов с ССВО было не менее двух сопутствующих заболеваний, протекающих со вторичным иммунодефицитом). Причем в группе пациентов с ССВО достоверно чаще ($p < 0,05$) встречались ИБС (с ССВО - 77,8%, без ССВО - 55,6%), гепатит (с ССВО - 22,2%, без ССВО - 11,1%), и новообразования (с ССВО - 33,3%, без ССВО - 22,2%).

Согласно проведенному исследованию, у 9 пациентов было выявлено наличие более двух критериев ССВО, из них четырем выставлен диагноз «сепсис». Летальный исход имел место в трех случаях, у каждого из которых было выявлено более двух критериев ССВО. А в одном случае (выявлено 3 критерия ССВО) удалось заблаговременно начать лечение, что привело к положительному результату.

Оперативное лечение проводилось 5 пациентам (18,5%). Одному пациенту с диагнозом СпД на уровне Th4-Th6 с формированием натечного абсцесса, эпидурита с компрессией спинного мозга была выполнена заднебоковая декомпрессия спинного мозга на уровне Th4-Th6 справа, секвестрнекрэктомия, трансплантация Th4-Th6 фрагмента аллокости с кортикальным слоем; через неделю - ревизия раны, переустановка трансплантата и задняя фиксация Th4-Th6, после было выявлено нагноение металлоконструкции. Двум пациентам (СпД на уровне L3-L5 и L4-L5) была выполнена ламинэктомия, и удаление грыжи межпозвонкового диска L4-L5 слева. Одной пациентке с диагнозом «СпД на уровне Th7-Th11, эпидурит, миелит, осложненным сепсисом» было выполнено вскрытие флегмоны мочевого пузыря (ранее оперирована в нейрохирургическом отделении), а другой - вскрытие и дренирование абсцессов ягодичной области и некрэктомия пролежня.

Заключение. Септический синдром является угрожающим жизни осложнением неспецифического СпД. Тщательная оценка каждого пациента на наличие критериев ССВО, согласно международному руководству 2012 года по ведению тяжелого сепсиса и септического шока, позволяет предупредить развитие тяжелого сепсиса и тем самым уменьшить количество летальных исходов пациентов с данной патологией. Терапия СпД, которая состоит в сочетании консервативного и хирургического лечения, должна руководство-

ваться оценкой рисков и прогнозированием септического синдрома, что позволяет добиться хороших и удовлетворительных результатов лечения в стационарах не нейрохирургического профиля.

Информация о внедрении результатов исследования. По результатам настоящего исследования опубликованы тезисы доклада, получен акт внедрения в учебный процесс кафедры общей хирургии БГМУ.

Литература

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

2 International Sepsis Definitions Conference / M. M. Levy, M. P. Fink, J. C. Marshall [et al.] // Crit Care Med. – 2012. – №31. – p. 1250–1256.

3 Хаитов, Р. М. Вторичные иммунодефициты: клиника, диагностика, лечение / Р. М. Хаитов, Б. М. Пинегин // Иммунология. – 1999. – №1. – с. 19.

Репозиторий БГМУ