

В. Г. Нестеря
**КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ
СПОНДИЛОДИСЦИТОВ – РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ?**

Научный руководитель: ассист. С.А. Климух

Кафедра общей хирургии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Спондилодисциты (СпД) представляют собой серьезную и клинически важную проблему. В данной работе мы оценили потребность в хирургическом лечении при неспецифическом СпД и особенности его в условиях общехирургического стационара.

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

Resume: Spondylodicitis (SPD) represents a serious and clinically important problem. In this work, we evaluated the need for surgical treatment in patients with non-specific spondylodiscitis and its features at the surgical department.

Keywords: Spondylodicitis, purulent-inflammatory diseases of the spine, surgical treatment.

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 СпД и особенности его в условиях общехирургического стационара.

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: Были изучены 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).

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

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

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.

Заключение. Хотелось бы отметить, что оперативное лечение потребовалось почти четверти пациентов, причем оно выполнялось не общим хирургом, а нейрохирургом. Вмешательство показано при серьезных жизнеугрожающих осложнениях, следовательно, быстрый доступ к нейрохирургической помощи является критичным.

Так, терапия СпД должна включать адекватное сочетание консервативного и хирургического лечения. И в связи с постепенным началом и неспецифической картиной заболевания, своевременно выполненное оперативное лечение является ключом к успешному лечению СпД, что позволяет добиться хороших и удовлетворительных результатов лечения в стационарах не нейрохирургического профиля. Потому особенно важно взаимодействие служб общей и нейрохирургии, в идеале – их территориальное единство.

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

V. G. Nesterenya
THERAPEUTIC APPROACH IN NON-SPECIFIC SPONDYLODISCITIS –
WAY TO SOLVE THE PROBLEM?
Tutor: assistant S. A. Klimyk
Department of General Surgery,
Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

- 1 Deardre, C. Spinal epidural abscess: A Diagnostic Challenge / C. Deardre // Am. Fam. Physician. – 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.