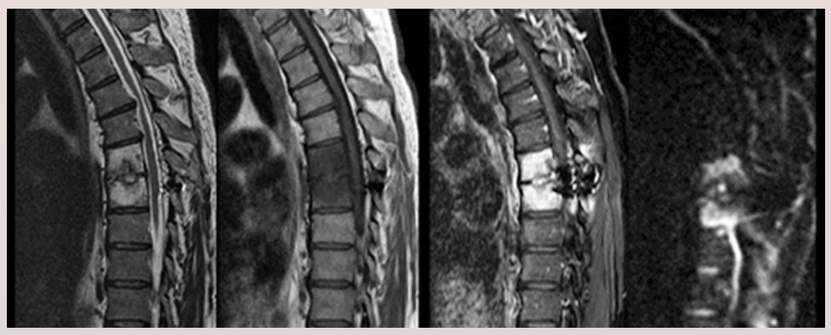
МЕТОД ЭТАПНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОДИСЦИТАМИ

Зозуля П.И., Лаптев А.Н., Мазуренко А.Н., Пивовар М.В.

ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии»
УО «Белорусский государственный медицинский университет»
ГУ «РПНЦ травматологии и ортопедии»

✓Спондилодисцит – инфекция как межпозвонкового диска, так и смежных с ним позвонков с частым вовлечением в процесс паравертебральных структур.
✓Уровень заболеваемости в разных странах колеблется от 0,5 до 7,6 случаев на 100 000 населения.
✓От 9 до 32% от общего числа заболевших приходится на туберкулезную этиологию заболевания.
✓Важной проблемой в лечении данной патологии является отсутствие четких подходов к выбору необходимого метода хирургического лечения



Показания к хирургическому лечению спондилодисцитов:
✓прогрессирующий неврологический дефицит
✓неэффективность консервативного лечения
✓прогрессирование деформации позвоночника
✓наличие клинически значимых пре- (пара-) вертебральных абсцессов
✓необходимость морфологической и/или бактериологической верификации диагноза

Предлагаемый метод хирургического лечения спондилодисцитов включает:

Этап 1. Секвестрнекрэктомия (санация гнойного очага в телах позвонков), передняя декомпрессия спинного мозга, постановка аутотрансплантата с кортикальным слоем.

Этап 2. Задняя стабилизация оперированного сегмента позвоночника транспедикулярным фиксатором.

✓По разработанной методике прооперирован 31 пациент (проспективная группа).
✓Ретроспективную группу составили 34 пациента, которым была выполнена секвестрнекрэктомия, передняя декомпрессией спинного мозга, постановка аутотрансплантата с кортикальным слоем (соответствует выполнению только первого этапа из предлагаемой нами методике).
✓После выполнения секвестрнекрэктомии и постановки аутотрансплантата пациенты обязаны соблюдать строгий постельный режим, т.к. вертикализация (присаживание и ходьба) могут вызвать прогрессирование неврологической симптоматики у пациента вплоть до развития паралича ниже уровня поражения.

	Количество пациентов (%)	
	Ретроспективная группа (n=34)	Проспективная группа (n=31)
	Уровень поражения	
Грудной отдел позвоночника	29 (85,3%)	16 (51,6%)
Поясничный отдел позвоночника	5 (14,7%)	15 (48,4%)
	Этиология	
M. tuberculosis	11 (32,4%)	4 (12,9%)
Нетуберкулезные микобактерии	0 (0%)	1 (3,2%)
Иные возбудители	23 (67,6%)	26 (83,9%)
	Пол	
Мужчины	18 (52,9%)	21 (67,7%)
Женщины	16 (47,1%)	10 (32,3%)
	Возраст	
	57,5±13,2 лет	53,3±13,7 лет

В проспективной группе, после выполнения второго этапа хирургического лечения, было вертикализировано 93,5% пациентов (n=29) на 11,8 сутки (95% ДИ=8,3-15,3) после операции. Вернулись к ходьбе 87,1% пациентов (n=27) на 21,1 сутки (95% ДИ=14,8-27,4) после операции.
В ретроспективной группе было вертикализировано 29,4% пациентов (n=10) на 49,7 сутки (95% ДИ=22-77,1) после операции. Вернулись к ходьбе 8,8% пациентов (n=3) на 72,7 сутки (95% ДИ=34,6-110,8) сутки после операции.

Осложнения/летальность	Количество пациентов (%)	
	Ретроспективная группа (n=34)	Проспективной группа (n=31)
Осложнения, связанные с выполнением оперативного вмешательства	8 (23,5%)	5 (16,1%)
Осложнения, связанные с постельным режимом (ТЭЛА, гипостатическая пневмония)	5 (14,7%)	0 (0%)
Пролежни	5 (14,7%)	0 (0%)
Летальность	6 (17,6%)	0 (0%)

Таким образом, разработанный метод позволит раньше осуществлять вертикализацию пациентов, прооперированных по поводу воспалительных заболеваний позвоночника, что увеличит их реабилитационный потенциал и создаст возможность для более ранней вертикализации. Эти факторы, в свою очередь, снижают количество осложнений, связанных с вынужденным постельным режимом пациента, позволят снизить частоту развития пролежней у данной категории пациентов, сократить медицинские затраты, связанные с лечением возникших осложнений.