

СПОНДИЛОДИСЦИТ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА МІЖХРЕБЦЕВИХ ДИСКАХ ТА ЙОГО КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ

Бублик Л.А., Улещенко Д.В.

*ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України",
Київ, Україна*

Ключові слова: грижі міжхребцевих дисків, прогноз розвитку спондилодисциту, лікування спондилодисциту.

Вступ. Проблема профілактики та лікування інфекційних ускладнень при застосуванні малоінвазивних та ендоскопічних операцій на хребті є надзвичайно актуальною. Одним з рідкісних ускладнень лікувальних та діагностичних втручань на хребті є спондилодисцит (СД), який супроводжується запальним процесом міжхребцевого диска та суміжних поверхонь тіл хребців. Однак, різноманіття клінічних проявів СД та їх різноманітних ускладнень у поєднанні з відносною рідкістю ускладнюють своєчасну діагностику. Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури вказує на існування різних підходів до своєчасної діагностики та лікування спондилодисциту.

Метою дослідження є розробка адекватного комплексного лікування спондилодисциту на основі своєчасної діагностики та аналізу результатів антибактеріальної терапії.

Матеріал та методи. Проаналізовано матеріали обстеження та лікування 27 пацієнтів, у яких було діагностовано спондилодисцит після мікродискектомії у попереково-крижовому відділі хребта. Серед пацієнтів було 15 чоловіків та 12 жінок. Всім хворим проводилося загальноклінічне та неврологічне обстеження. Спондилографія проводилося у двох стандартних відведеннях. Комп'ютерна томографія та магнітно-резонансна томографія проводились у режимах стандартних досліджень. Лабораторні дослідження включали оцінку окремих показників біохімічних аналізів та імунологічного статусу хворих.

Для лабораторних досліджень взяття матеріалу, кількісний облік бактеріального зростання, виділення та ідентифікацію чистих культур мікроорганізмів здійснювали загальноприйнятими бактеріологічними методами.

При неефективності консервативного лікування показаннями до оперативного втручання вважали: лізис диска з формуванням у ураженому хребетному сегменті патологічної нестабільності та наявності компресії спинного мозку з розвитком неврологічного дефіциту.

Результати. Клінічні прояви спондилодисциту характеризувалися вираженим больовим синдромом, який мав місцевий і радикальний характер. У локальному статусі спостерігалось напруження м'язів, болючість при пальпації остистих відростків, паравертебральних точок.

Терміни виникнення СД після операції та темп розвитку симптомів, перебіг захворювання були різними. Перші симптоми у оперованих хворих виникли через 8-16 днів після проведення оперативного втручання. Клінічна картина характеризувалася гострим (у 9 пацієнтів) чи поступовим (у 18 хворих) початком. Перебіг захворювання супроводжувався підвищенням температури тіла до 38°-39,5° С, ознобом, загальною слабкістю, спазмом паравертебральних м'язів. У крові визначався помірний лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули, збільшення ШОЕ, змінами імунологічних показників. При МРТ відзначалися зміни у міжхребцевому диску та у замикальних пластинках суміжних хребців. Зниження висоти диска знижувалося нерівномірно в сагітальному та фронтальному розмірах. Запальний процес охоплював центральні та задні відділи диска. Більш ніж у 60,7% деструкція замикальних пластин виявлялася у вигляді зазубреності. Найчастіше зміни виявлялися у вищележачому хребці, а також в обох хребцях, але обов'язково на контактних ділянках.

Нами розроблено спосіб раннього прогнозу розвитку спондилодисциту на основі проведення дискримінантного аналізу 5 лабораторних та клінічних показників (лейко-Т-індекс, магній, ШОЕ, показник інтенсивності болю у хребті, показник м'язово-тонічного синдрому). Були отримані інтегральні показники (формули 1 та 2).

Формула для обчислення інтегрального показника “дисцит” (Д):

$$D = -320,776 + 3,708LTI + 516,531Mg + 0,666ШОЕ + 14,601ІБХ + 6,439MTC \quad (1)$$

Формула для обчислення інтегрального показника “норма” (Н):

$$N = -$$

$$243,27 + 2,703LTI + 472,749Mg + 0,295ШОЕ + 11,128ІБХ + 4,352MTC, \quad (2)$$

де LTI – лейко-Т-індекс, од.; Mg – кількість магнію в сироватці крові, ммоль/л; ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів, мм/год;

ІБХ – показник інтенсивності болю в хребті, од.; МТС – показник м'язово-тонічного синдрому, од.

Прогнозування розвитку спондилодисциту полягає у обчисленні значень інтегральних показників шляхом множення значень лабораторних та клінічних показників хворого на коефіцієнти та підсумовування отриманих даних з відповідною постійною. Отримані таким чином два інтегральні показники порівнюються. При $D > N$ прогнозують розвиток спондилодисциту, при $D < N$ – прогнозують перебіг хвороби без розвитку спондилодисциту.

Консервативне лікування проводили антибіотиками широкого спектру дії тропних до кісткової та хрящової тканини у вигляді курсів залежно від ступеня запальних проявів спондилодисцитів (у середньому 3 – 4 курси). Внутрішньокісткове введення антибіотиків в остисті відростки уражених хребців при ерозії пластин, що замикають, із залученням у запальний процес більше половини губчастої речовини хребців. Крім того, проводився антиоксидантний захист, який здійснювався введенням токоферол ацетату внутрішньом'язово в дозі 5 мг/кг на добу, а також комплекс вітамінів: аскорбінова кислота 1,5 г/добу, тіамін 0,05 г/добу, ціанокобаломін 500 мкг/добу, неспецифічна антицитокінова терапія – інгібітор продукції ФНП- α – пентоксифілін 300 мг на добу.

Повторні операції проведені у 6 хворих з метою декомпресії спинного мозку та його утворень, а також усунення радикуломієлоішемічних порушень. В ході операції здійснювали остеоперіостальну декортикацію ураженого хребетного сегмента, видаляли залишки ураженого диска з частковою резекцією уражених контактних поверхонь тіл хребців до спонгіози, що добре кровоточить.

При гістологічному дослідженні у цих хворих у речовині диска були виявлені виражені явища альтерації у вигляді дистрофії з розволокненням та розтріскуванням гіалінового хряща та окремими хондроцитами.

Висновки. Діагностика спондилодисциту ґрунтується на типовій клінічній картині захворювання, результатах лабораторних показників, МРТ та розробленому нами способу раннього прогнозу його розвитку. Рентгенологічна діагностика можлива лише за 1,5 – 2 міс. Переважним способом лікування є консервативний. Оперативне лікування показано при розвитку компресійного синдрому та наявності паравертебральних абсцесів у м'яких тканинах поперекового відділу хребта.