НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО СПОНДИЛІТУ

Голка Г.Г.
Харківський національний медичний університет

Вступ. Туберкульозний спондиліт (ТС) до теперішнього часу займає центральне положення в патології кістково-суглобового туберкульозу (КСТ) як за питомою вагою, так і за тяжкістю клінічного перебігу.

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування хворих на ТС.

Матеріали та методи дослідження Практично всі публікації в спеціалізованих медичних виданнях країн СНД за останні 10-15 років присвячені оперативному методу лікування ТС. У цих публікаціях червоною ниткою проходить думка про неможливість досягти хороших результатів лікування ТС тільки консервативним методом без оперативного втручання, що суперечить нашому досвіду лікування. Проаналізовані результати як консервативного так і оперативного методів лікування ТС.

Ми маємо досвід оперативного лікування 113 хворих з вперше діагностованим активним ТС у віці від 16 до 75 років, що знаходились на лікуванні у відділенні КСТ Обласної туберкульозної лікарні №1 м. Харкова, Чоловіків було 68 (60,2 %), жінок – 45 (39,8 %). У 10 (8,8 %) був уражений шийний відділ хребта, у 22 (19,5 %) – грудний, у 41 (36,3 %) – поперековий. Важливо підкреслити, що у 25 (22,1 %) пацієнтів клінічно визначались великі напливні абсцеси, 12 хворих (10,6 %) мали норицеві форми, при чому у 7 з них (6,2 %) методом бактеріального посіву відділяємого з нориць виділено МБТ. Ще у 20 пацієнтів (17,7 %) мали місце сполучення специфічних запальних процесів хребта та інших органів. У всіх хворих специфічним деструктивним процесом було охоплено 2-3 хребця. Для якісної оцінки неврологічних ускладнень ми використовували шкалу Frankel/Asia. При цьому пацієнти за ступенем неврологічних ускладнень були розподілені таким чином: тип А – 6, В – 16, С – 30, D – 50, Е – 11.

У даних хворих показанням до операції стала наявність вираженого деструктивного процесу у хребті та ускладнень захворювання – спинномозкових розладів, великих напливних абсцесів, нориць, відсутність позитивної клініко-рентгенологічної динаміки у перші два місяці інтенсивної терапії.

Використовувані та розроблені нами методики операцій з урахуванням особливостей патології та ступеня виразності неврологічного дефіциту, були згруповані у чотири основні типи оперативних втручань.

1. Операції, що поєднують радикальну частину (абсцесотомію, резекцію уражених хребців) з декомпресією спинного мозку та які завершують розклинюючим спондилодезом керамічними та іншими імплантатами.

2. Операції декомпресії спинного мозку у хворих з обмеженими деструктивними змінами, що мають вихід у хребтовий канал при зберіганні опірної спроможності хребта (без кісткової пластики).

3. Малоінвазивні оперативні втручання.

4. Оперативні втручання які поєднають радикальну частину операції й стабілізацію хребтового сегменту хребта металевими фіксаторами.

Перші три типи операцій були застосовані у хворих з різним ступенем виразності спинномозкових розладів. Операції четвертого типу були проведені хворим без значно виражених клінічних проявів ураження спинного мозку, але з наявністю виражених деструктивних змін у хребцях, поширених напливних абсцесів.

При виконанні оперативних втручань перевагу надавали переднім доступам.

Операції І типу виконані у 65 хворих (57,5 %), 2 типу – у 28 (24,8 %), 3 типу – 11 (9,7 %). Операції 4 типу були проведені у 9 пацієнтів (8,0 %) хворих.

Результати та їх обговорення У переважної частини хворих відмічений гладкий післяопераційний період. Післяопераційні ускладнення мали місце у 6 пацієнтів: лікворея – 1, відторгнення трансплантату – 2, розходження шкірних швів – 3.

В ранньому після операційному періоді відмічено повний регрес неврологічних ускладнень у 12 пацієнтів (10,6 %). В цілому регрес спинномозкових розладів отримано у 97 % випадків. Мінімальні покращення були відмічені у хворих з тривало існуючими глибокими спинномозковими розладами.

Для клінічної оцінки результатів лікування використовували шкалу запропоновану Ульрих Е.В., Мушкин А.Ю., відмінні результати отримані у 72 (63,7%), добрі – у 25 (22,1 %), задовільні – у 12 (10,6 %), незадовільні – у 3 (2,7%) хворих.

Таким чином, аналіз віддалених результатів лікування показав, що використання запропонованих методик оперативного втручання ускладнених форм ТС дозволяє добитись високої ефективності лікування. І успіх лікування хворих на ТС, особливо важких і ускладнених форм, залежить від раціонального вибору типу оперативного втручання, а також своєчасної діагностики цих захворювань. Нами проаналізовані також результати консервативних методів лікування неускладнених форм ТС у 90 хворих. Проаналізувавши результати консервативного методу лікування, ми прийшли до висновку, що в цілому ряді випадків може розглядуватися не лише як передопераційний етап, але і як самостійний, ефективний метод, який при умілому застосуванні дає хороші результати лікування.