

Summary

**BCAA AND AAA OF PERIPHERAL TISSUES IN THE DYNAMICS OF
ALCOHOL ABSTINENT SYNDROME**

Kopats A.E., Lelevich V.V.

Grodno State Medical University, Grodno

This article describes changes in the content of individual amino acids in the dynamics of alcohol withdrawal syndrome. The changes in the pool were studied after 3 hours, 1 day, 3 days and 7 days after the abolition of alcohol administration.

Key words: ethanol, withdrawal syndrome, amino acids, rats.

**ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРАПИИ ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ ДАВЛЕНИЕМ
В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО СПОНДИЛОДИСЦИТА**

Корнилов А. В., Петухов В. И., Кубраков К. М.

Витебский государственный медицинский университет, г. Витебск

joda_jedi@mail.ru

Введение. Неспецифические гнойные заболевания позвоночника представляют собой патологические процессы, сопровождающиеся воспалительным поражением передних и задних структур позвоночного столба, клетчаток позвоночного канала и развитием спондилита, спондилодисцита (СД), эпидурита или их сочетаний, вызванных неспецифической микрофлорой [1]. Деструкция тел позвонков сопровождается нарушением основных функций позвоночника: обеспечения стабильного вертикального положения туловища и защиты спинальных невральных структур [2]. При этом клиническая картина СД малоспецифична, в связи с чем задержка в постановке диагноза в среднем составляет до от 2 до 9 месяцев [3]. Дальнейшие клинические проявления связаны в основном с осложнениями СД. Частота встречаемости осложненных форм СД достигает 24,8%. Среди гнойно-воспалительных осложнений СД наиболее часто встречаются: гнойный псоит, забрюшинная флегмона, превертебральные абсцессы, эмпиема плевры, медиастинит. Эти пациенты составляют наиболее тяжелую категорию, требующую длительного лечения и реабилитации [4].

Цель. Улучшить качество лечения пациентов с осложненными формами спондилодисцита.

Материал и методы. За период с 2017 по сентябрь 2018 года на базе торакального гнойного хирургического отделения проходили лечение 26 пациентов с диагнозом СД. Средний возраст пациентов составил $62,53 \pm 1,48$ лет. При поступлении в УЗ «ВОКБ» оценивалась клиническая картина, включающая общесоматический и неврологический статус, лабораторные анализы и инструментальные методы обследования. Для оценки интенсивности острой боли использовалась визуальная аналоговая шкала ВАШ. Неврологический осмотр пациентов включал исследование двигательной и чувствительной сферы, функцию тазовых органов, а также выраженности болевого синдрома.

Полученные результаты обрабатывались с помощью компьютерных программ Statistica 10.0 и «Excel». Данные предоставлены в виде среднего арифметического (M) и стандартной ошибки среднего (m).

Результаты и обсуждение. Поражение грудного отдела позвоночника наблюдалось у 13 (50%) пациентов, поясничного – у 9 (34,62%), нижегрудного и верхних поясничных позвонков – у 2 (7,69%), сочетанное изолированное поражение грудных и поясничных позвонков – у 2 (7,69%) пациентов.

Степень выраженности болевого синдрома у пациентов при поступлении по шкале ВАШ составила $8,75 \pm 0,37$ баллов. При исследовании неврологического статуса у 10 (38,46%) пациентов отмечался парез нижних конечностей, у 2 (7,69%) – парезы. Нарушение функции тазовых органов было выявлено у 6 (23,07%) пациентов.

Субфебрилитет присутствовал у 13 (50%) пациентов, умеренная лихорадка – у 8 (30,76%), высокая лихорадка – у 2 (7,69%) пациентов. Лейкоцитоз в крови при поступлении наблюдался у 14 (61,54%) пациентов со средним уровнем лейкоцитов $13,59 \pm 1,47 \times 10^9/\text{л}$. Анемия основного заболевания была выявлена у 13 (50%) пациентов. Сепсис установлен у 5 (19,23%) пациентов, тяжелый сепсис – у 3 (11,55%) пациентов.

Консервативное лечение получали 3 (11,55%) пациента. Оперативное лечение было выполнено 23 пациентам по следующим показаниям: отсутствие эффекта от консервативной терапии, выраженный стойкий болевой синдром, отрицательная неврологическая симптоматика, выраженная деструкция

межпозвонковых дисков и тел позвонков. Множественные превертебральные абсцессы (3 пациента), гнойный псоит и забрюшинная флегмона (5 пациентов), эмпиема плевры (2 пациента) явились показаниями для поэтапной хирургической санации гнойного очага (уведомление о положительном результате предварительной экспертизы по заявке на выдачу патента на изобретение № а 20180279 от 22.06.2018).

Одномоментное оперативное лечение было выполнено 15 (57,69%) пациентам, поэтапное – 8 (30,76%) пациентам.

Одномоментная saniрующая операция при СД включала удаление некротизированных межпозвонковых дисков, резекцию тел смежных позвонков до здоровых тканей и передний спондилозез (аутоотрансплантатом из крыла подвздошной кости, либо титановым сетчатым имплантатом типа mesh).

Поэтапное оперативное лечение у пациентов с гнойными осложнениями СД выполнено у 8 пациентов. Первый этап оперативного лечения был направлен на эвакуацию гнойного содержимого, временную переднюю стабилизацию позвоночника и установку вакуум-дренирующей системы.

После осуществления доступа к передне - латеральным поверхностям тел позвонков производилась хирургическая обработка гнойного очага: вскрытие и санация превертебральных абсцессов, забрюшинных флегмон, удаление некротизированных участков межпозвонковых дисков и прилежащих тел позвонков. При наличии эмпиемы плевры выполнялась декорткация легкого. Осуществлялась передняя декомпрессия спинного мозга.

Для временной передней стабилизации позвоночника использовались аллокость, аутокость, либо титановый имплант (cage / mesh). После этого производилась установка вакуум - дренирующей системы. В зону оперативного вмешательства устанавливалась полиуретановая губка с проведенной в ее толще ПВХ – трубкой, которая выводилась через контрапертуру и подключалась к аспиратору для создания отрицательного давления. Накладывались швы на кожу.

Санации гнойного очага со сменой вакуум - дренирующей системы производились каждые 4-5 дней до полного очищения раны, появления активных грануляций и отсутствия гнойного отделяемого.

Заключительный этап (окончательная передняя стабилизация позвоночника) производился в условиях полностью очищенной,

гранулирующей раны. В качестве имплантов использовались: аутоотрансплантат из гребня подвздошной кости, либо титановый сетчатый имплант типа mesh.

При выписке пациентам, получавшим как консервативное, так и оперативное лечение, назначалась антибактериальная терапия (фторхинолоны перорально) сроком до 6 месяцев, ношение корсета жесткой фиксации и ограничение физической нагрузки.

Выводы.

1. Множественные превертебральные абсцессы, гнойный псоит, забрюшинная флегмона, эмпиема плевры являются предпосылками к применению поэтапных оперативных вмешательств.

2. Разработан и апробирован метод этапного хирургического лечения пациентов с осложненными формами СД, позволяющего достичь полной и качественной санации гнойного очага и выполнить спондилодез в условиях чистой гранулирующей раны.

Литература

1. Хафизова, И. Ф. Спондилосцит: ранняя диагностика и тактика ведения / И.Ф. Хафизова [и др.] // Казанский медицинский журнал. – 2016. – 97 (6). – С. 988 – 993.

2. Gouliouris, T. Spondylodiscitis: update on diagnosis and management / T. Gouliouris, S.H. Aliyu, N.M. Brown // J. Antimicrob. Chemother. – 2010, Nov. – Vol. 65, Suppl. 3. – P. 11-24.

3. Moraru, I. Neurological point of view Bacterial spondylodiscitis: diagnostic challenges and therapeutic strategies / I. Moraru // Romanian Neurosurgery. – 2012. – Vol. XIX, N 4. – P. 299-308.

4. Duarte, R.M. Spinal infection: state of the art and management algorithm / R.M. Duarte, A.R. Vaccaro // Eur. Spine J. – 2013, Dec. – Vol. 22, N 12. – P. 2787–2799.

Summary

NEGATIVE-PRESSURE WOUND THERAPY IN THE TREATMENT OF PURULENT SPONDYLODISCITIS

Kornilov A. V., Petuhov V. I., Kubrakov K. M.

Vitebsk state medical university, Vitebsk

We developed and put into practice the method of step-by-step surgical treatment of spondylodiscitis complicated by prevertebral abscesses, purulent psoitis, retroperitoneal phlegmon and pleural empyema.