

каркаса, но и ликвидировать воронкообразную деформацию грудной клетки.

Выводы. При планировании кардиохирургических операций у пациентов с воронкообразной деформацией грудной клетки необходимо предусматривать ситуации, требующие корригирующих вмешательств на реберно-грудинном каркасе. В качестве такого вмешательства можно рекомендовать малоинвазивную операцию по методу Nuss.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ, ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНДИЛОДИСЦИТА

Корнилов А. В., Петухов В. И., Кубраков К. М.,
Янковский А. И., Кондерский Н. М.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь
УЗ «Витебская областная клиническая больница»,
г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Спондилодисцит (СД) – гнойно-деструктивное заболевание структур позвоночника, которое вовлекает в воспалительный процесс межпозвонковый диск, смежные с ним тела и суставы позвонков. Деструкция тел позвонков сопровождается нарушением основных функций позвоночника: обеспечения стабильного вертикального положения туловища и защиты спинальных невральных структур. При этом клиническая картина СД малоспецифична. Основную роль на первых стадиях заболевания играют следующие симптомы: постоянная интенсивная боль в спине, не стихающая после приема обезболивающих препаратов, лихорадка, которая в начале заболевания часто носит фебрильный характер, а затем переходит в длительно существующий субфебрилитет. Дальнейшие симптомы связаны в основном с осложнениями СД. В связи с неспецифичностью начальных симптомов заболевания задержка в постановке диагноза в среднем составляет до 3 месяцев.

Цель: изучить особенности клинической картины,

диагностики и оперативного лечения неспецифического СД.

Материал и методы. За период с 2017 по сентябрь 2018 г. на базе торакального гнойного хирургического отделения проходили лечение 26 пациентов с диагнозом СД. Средний возраст пациентов составил $62,53 \pm 1,48$ года.

При поступлении у всех пациентов ($n=26$) изучен общесоматический, неврологический и локальные статусы, выполнены лабораторные и инструментальные методы исследования.

Неврологический осмотр пациентов включал исследование двигательной и чувствительной сферы, функцию тазовых органов, а также выраженности болевого синдрома по шкале ВАШ, который в последующем учитывался в послеоперационном периоде и на момент выписки пациента из стационара.

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%), нижнегрудного и верхних поясничных позвонков – у 2 (7,69%), изолированное поражение как грудных, так и поясничных позвонков – у 2 (7,69%) пациентов.

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

Субфебрилитет отмечен у 13 (50%) пациентов, умеренная лихорадка определялась 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 $13,59 \pm 1,47 \times 10^9$ /л.

Анемия основного заболевания выявлена у 13 (50%) пациентов. Сепсис (С2) был выставлен 5 (19,23%) пациентам, тяжелый сепсис – 3 (11,55%).

Консервативное лечение получали 3 (11,55%) пациента. Одномоментное оперативное лечение было выполнено 15 (57,69%) пациентам. Множественные превертебральные абсцессы наблюдались у 3 пациентов, гнойный псоит и забрюшинная флегмона – у 5, эмпиема плевры – у 2 пациентов, что стало показанием к многомоментной санации гнойного очага у 8 (30,76%) пациентов.

Выводы:

1. Основные клинические симптомы СД: выраженная боль в спине, лихорадка, неврологический дефицит в виде двигательных (парез, паралич), нарушений и дисфункции тазовых органов.

2. Множественные превертебральные абсцессы, гнойный псоит, забрюшинная флегмона, эмпиема плевры – предпосылки к применению многомоментных оперативных вмешательств.

ЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ СПОНДИЛОДИСЦИТА

Корнилов А. В.¹, Петухов В. И.¹, Кубраков К. М.¹,
Янковский А. И.², Кондерский Н. М.²

1 УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет», г. Витебск, Республика Беларусь

2 УЗ «Витебская областная клиническая больница»,
г. Витебск, Республика Беларусь

Введение. Инфекционные спондилиты/спондилодисциты (СД) – обширная группа заболеваний позвоночника, характеризующаяся деструкцией позвонков и межпозвонковых дисков, вовлечением паравертебральных мягких тканей, а также позвоночного канала.

Установить точный диагноз неспецифических гнойных заболеваний позвоночника на ранних стадиях достаточно трудно. Период между появлением первых признаков заболевания и постановкой диагноза колеблется от 2 недель до 9 месяцев. В связи с этим повышается риск развития осложнений: как неврологического, так и воспалительного характера. Частота