

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

встречаемости осложненных форм СД достигает 24,8%. Среди гнойно-воспалительных осложнений СД наиболее часто встречаются: эмпиема плевры, гнойный псоит, забрюшинная флегмона, превертебральные абсцессы, медиастинит. Эти пациенты составляют наиболее тяжелую категорию, требующую длительного лечения и реабилитации.

Цель: разработать и апробировать способ этапного хирургического лечения осложненных форм 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. Консервативное лечение получали 3 (11,55%) пациента. Одномоментное оперативное лечение было выполнено 15 (57,69%) пациентам. Этапное хирургическое лечение выполнено 8 (30,76%).

У всех пациентов ($n=8$), которым выполнялось этапное хирургическое лечение, присутствовал выраженный интоксикационный синдром. Пациенты отмечали подъемы температуры до $38-39^{\circ}\text{C}$. Средний уровень лейкоцитов в крови при поступлении составил $12,84 \pm 1,41 \times 10^9/\text{л}$. Анемия средней степени тяжести основного заболевания была выявлена у 6 (75%) пациентов. Сепсис выставлен у 4 пациентов, тяжелый сепсис – у 3, септический шок – у 1. Основные показания к этапной санации гнойного очага следующие: множественные превертебральные абсцессы (у 3 пациентов), гнойный псоит и забрюшинная флегмона (у 5 чел.), эмпиема плевры ($n=2$).

Все пациенты ($n=8$) оперированы по разработанной нами методике. Получено уведомление о положительном результате предварительной экспертизы по заявке на выдачу патента на изобретение а 20180279 (22.06.2018).

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. 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. 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: ауто трансплантат из гребня подвздошной кости либо титановый сетчатый имплант типа mesh.

Положительный клинический результат был достигнут у всех 8 пациентов (100%). Несмотря на положительную неврологическую симптоматику, регресс болевого синдрома, купирование сепсиса и явлений полиорганной недостаточности, имелся 1 летальный исход ввиду крайне тяжелого септического состояния пациента еще при поступлении в стационар.

При выписке 7 пациентов были вертикализированы в корсете жесткой фиксации.

Выводы:

1. Разработан и апробирован метод этапного хирургического лечения пациентов с осложненными формами СД.

2. Основные показания к этапному хирургическому лечению следующие: множественные гнойные процессы:

превертебральные абсцессы, гнойный псоит, забрюшинная флегмона, эмпиема плевры.

3. Применение этапного хирургического лечения СД позволяет достичь полной и качественной санации гнойного очага и выполнить спондилодез в условиях чистой гранулирующей раны.

ПРИМЕНЕНИЕ БОТУЛОТОКСИНА В ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ

Корчёмкин И. В., Буевич Д. В., Пилецкий В. Т.

УЗ «Могилевская областная больница», г. Могилев, Республика Беларусь

Введение. Ахалазия кардии – заболевание, характеризующееся стойким нарушением рефлекса расслабления нижнего пищеводного сфинктера в ответ на акт глотания, с дискоординацией перистальтических сокращений и постепенным развитием функциональной непроходимости пищевода. Ахалазия кардии относится к группе нервно-мышечных заболеваний пищевода, которые, по статистическим данным, составляют до 21% от всех хирургических заболеваний этого органа, уступая по частоте лишь онкологическим поражениям, рубцовым стриктурам и грыжам пищеводного отверстия диафрагмы. Несмотря на то, что история заболевания насчитывает более 300 лет, отсутствуют четкие представления об этиологии и патогенезе, вследствие чего до сих пор не разработан оптимальный метод лечения данной патологии.

Цель: ретроспективный анализ эффективности применения ботулотоксина в лечении ахалазии кардии.

Материал и методы. В 2013-2017 гг. в отделении торакальной хирургии УЗ «Могилёвская областная больница» пролечены 45 пациентов, из них 16 мужчин (36%) и 29 женщин (64%) в возрасте от 19 до 85 лет (средний возраст мужчин 59,3 года, женщин 46,4 года), пациенты старше 40 лет составили 63%. Согласно классификации Б. В. Петровского (1962), пациентов с ахалазией кардии 2 стадии пролечено 10 (22%), 3 стадии – 29