

до $1/2$ тел позвонков – у 122 (54,5%), распространенная форма с разрушением 2 позвонков и более – у 53 (23,7%) больных.

Проведенная предоперационная антибактериальная терапия позволила всем больным провести оперативное лечение. При ограниченном процессе у 28 (11,5%) пациентов применена закрытая задняя внеочаговая аппаратная фиксация поврежденных сегментов позвоночника. Резекция пораженных тел позвонков с замещением дефекта аутооттрансплантатом в сочетании с задней внеочаговой фиксацией выполнена в 196 (87,5%) наблюдений. Противотуберкулезная терапия в послеоперационном периоде проведена в течение 6-8 мес. 3-4 препаратами.

Исходы оперативного лечения отмечены через 6 мес.: хорошие – у 91 пациента, удовлетворительные – у 112. Рентгенологически констатировались четкие признаки формирования костного сращения пораженных тел позвонков. Разработанные методики оперативного лечения спондилитов у больных старших возрастных групп позволили начать раннюю активизацию пациентов, улучшить формирование костной мозоли и в ранние сроки восстановить опороспособность позвоночника.

Заключение. Разработанные методики оперативного лечения спондилитов позволяют с хорошим и удовлетворительным результатом оперировать больных старших возрастных групп, в ранние сроки восстанавливая опороспособность позвоночника.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СПОНДИЛИТАХ АТЛАНТОАКСИАЛЬНОГО И СУБАКСИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

ЛАВРОВ В. Н.¹, КИСЕЛЕВ А. М.²

SPECIFICS OF SURGERY TACTICS FOR TUBERCULOUS AND NON-SPECIFIC SPONDYLITIS OF ATLANTOOCIPITAL AND SUBOCCIPITAL PARTS OF THE VERTEBRAL COLUMN

LAVROV V. N.¹, KISELEV A. M.²

¹ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва

²ГБУЗ МО Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского, г. Москва

¹Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, RF

²M. F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, RF

В структуре туберкулезных и неспецифических воспалительных процессов шейного отдела позвоночника остеомиелиты составляют: атлантоаксиальной области (C₀-C₂) – 10-15%, субаксиальной (C₃-C₇) – 85-90%. Особенности хирургии атлантоаксиальной и субаксиальной областей шейного отдела позвоночника обусловлены различием их анатомического строения и патофизиологии при воспалительных процессах.

Цель: разработка диагностических критериев остеомиелитов атлантоаксиальной и субаксиальной областей шейного отдела позвоночника и стандартов хирургического лечения с учетом их анатомобиомеханических особенностей.

Материалы и методы. Наблюдали 35 случаев остеомиелита атлантоаксиальной и 71 случай субаксиальной локализации. Из них 55 больных были с туберкулезным, 42 – с неспецифическим и 9 – с асептическим воспалительными процессами, их возраст колебался от 25 до 58 лет. Морфологические и биомеханические нарушения атлан-

тоаксиальной зоны оценивали по разработанной трехстолбовой классификации воспалительных поражений краниовертебрального перехода (Лавров В. Н., Киселев А. М., 2004). Оценку общего состояния больных производили по шкале Карновского. Оценку неврологических нарушений – по классификации ASIA/IMSOP. У большинства больных с атлантоаксиальным остеомиелитом выявлена атлантоаксиальная дислокация с компрессией спинного мозга и неврологической симптоматикой различной степени выраженности. Так, при поражении переднего опорного столба (13 больных – 38,5%) с вовлечением в процесс зубовидного отростка, тела аксиса, передней дуги атланта, апикулярной и крыловидных связок выполняли хирургическое формирование заднего столба – окципитоспондилодез титановым проводом с метилметакрилатом. При поражении переднего и среднего столба (22 больных – 62,5%), включающего поперечную связку и задние отделы зуба C₂-позвонка, формировали два столба путем

выполнения вначале окципитоспондилодеза, затем проводили переднюю декомпрессию-стабилизирующую операцию трансфарингеальным доступом и краниоаксиальный или атлантоаксиальный спондилодез.

У больных с субаксиальным остеомиелитом преобладала кифотическая деформация шейного отдела с передней компрессией спинного мозга. Биомеханические нарушения этой зоны оценивали по модифицированной классификации Denis F., 1985. Оперативное лечение данных больных заключалось в абсцессотомии, резекции зоны деструкции, декомпрессии спинного мозга, устранении кифотической деформации. Стабилизация области повреждения и восстановление анатомической высоты тел позвонков проводили передним корпородезом аутооттрансплантатом (41 больной – 57,7%), биосов-

местимым имплантатом (18 больных – 25,4%) и в 12 (16,9%) случаях с использованием задней фиксации позвоночника аппаратом Бызова – Лаврова в сочетании с передним корпородезом аутооттрансплантатом.

Результаты. Прослеживали в сроки от года до десяти лет. В 85-90% случаев в обеих группах получен хороший результат с регрессией неврологической симптоматики и формированием костного блока в области спондилодеза.

Заключение. Хирургическое лечение остеомиелитов шейного отдела позвоночника проводится с учетом различий патобиомеханики атлантоаксиальной и субаксиальной областей и должно быть направлено на коррекцию возникших, соответственно, атлантоаксиальных и кифотических деформаций.

ДИАГНОСТИКА И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНДИЛИТОВ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

ЛАВРОВ В. Н.¹, КИСЕЛЕВ А. М.²

DIAGNOSTICS AND SURGERY TREATMENT OF CERVICAL SPINAL SPONDYLITIS

LAVROV V. N.¹, KISELEV A. M.²

¹ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза» ФАНО, г. Москва

²МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, г. Москва

¹Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, RF

²M. F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Moscow, RF

Неспецифические спондилиты шейного отдела позвоночника встречаются довольно часто. Сходство симптомов начального периода заболевания усложняет диагностику, а общепринятое рентгенологическое обследование не позволяет выявлять начальные изменения в позвоночнике. Диагностические ошибки составляют от 16 до 75% случаев, что приводит к увеличению количества запущенных и осложненных случаев с грубой неврологической симптоматикой.

Цель: повышение эффективности диагностики и оперативного лечения спондилитов шейного отдела позвоночника.

Материалы и методы. Под наблюдением находился 71 человек в возрасте от 20 до 69 лет с неспецифическим спондилитом шейного отдела позвоночника. Локализация процесса практически с одинаковой частотой и периодичностью отмечалась во всех шейных позвонках. Превентивные абсцессы диагностированы в 18 (25,4%) случаях.

Клиническая симптоматика заболевания разнообразна – от бессимптомного течения до проявлений радикулита (42 наблюдения – 54,2%), боли в шейном отделе позвоночника, подъема температуры тела в пределах 37,2 до 39,8°C. У всех больных отмечалась шейная лимфаденопатия. Неврологическая симптоматика при спондилитах шейного отдела спинного мозга и сосудистых нарушений – в виде вертебрально-базилярной недостаточности.

Анализ сроков установления диагноза показал, что в 21,1% (15 случаев) диагноз был поставлен в течение 1,5-2,0 мес., а в остальных – от 3 до 13 мес. Причиной этого является отсутствие диагностической настороженности врачей общей лечебной сети, где основным методом такой диагностики – рентгенологический, а первые признаки заболевания на рентгенограмме появляются спустя 4-5 нед. от начала заболевания. Именно этот фактор является ведущим в развитии осложненных и инвалидизирующих форм спондилитов шейного отдела позвоночника.