

УДК 629.782.519.711

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СПОНДИЛИТОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

© 2014 М.Ю. Гончаров¹, Е.Ю. Левчик²¹ Свердловская областная клиническая больница №1² Свердловский областной клинический психоневрологический госпиталь ветеранов всех войн

Поступила в редакцию 10.12.2014

Одним из возможных вариантов сопутствующих инфекционных воспалительных процессов у ВИЧ-инфицированных больных являются неспецифические гнойные заболевания позвоночника. Целью хирургического лечения неспецифических спондилитов на фоне ВИЧ-инфекции является устранение инфекции, декомпрессия позвоночного канала, восстановление и сохранение структуры и функции позвоночника, улучшение качества жизни и облегчение боли. Результаты хирургического лечения неспецифических гнойных заболеваний позвоночника у ВИЧ-инфицированных пациентов и без ВИЧ, в основном, не отличаются, и, в большинстве случаев мы наблюдали хорошие и удовлетворительные исходы лечения.

Ключевые слова: *спондилодисцит, ВИЧ-инфицированные, хирургическое лечение*

В настоящее время по данным литературы в России и во всем мире наблюдается рост количества ВИЧ-инфицированных пациентов. В Свердловской области эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции также продолжает оставаться напряженной: на середину 2014 г. зарегистрировано более 69 тысяч случаев (показатель распространенности составил 1612,4 на 100 тысяч населения), что свидетельствует о широкой циркуляции вируса иммунодефицита среди населения области [1-3]. ВИЧ-инфицированные пациенты, в силу имеющегося иммунодефицита, подвержены повышенному риску развития различных патологических процессов неспецифической и специфической природы, так называемых ВИЧ-ассоциированных заболеваний, характерной особенностью которых является малая выраженность воспалительных проявлений, стертость клинической картины заболеваний [1-4]. Одним из таких патологических процессов являются неспецифические гнойные заболевания позвоночника (НГЗП), особенно спондилиты и спондилодисциты, приводящие в запущенных случаях к инвалидизации пациентов, а при септическом течении – и к летальным исходам [4-7]. Стоит отметить, что заболеваемость спондилитами выше у ВИЧ-инфицированных пациентов, чем у ВИЧ-негативных. Из-за имеющегося иммунодефицита, особенно при уровне CD⁴ лимфоцитов менее 500/мм.куб., у

ВИЧ-инфицированных пациентов имеются определенные сложности лечения воспалительных, особенно гнойных процессов. Публикаций по этой проблеме крайне мало, поэтому любой накопленный опыт имеет важное практическое значение. Часто достаточно трудно установить точный диагноз НГЗП на ранней стадии [5, 7, 9-10] с продолжительностью заболевания от появления первых признаков болезни до постановки диагноза в пределах от 2 недель до 9 месяцев [1-2, 8-10]. Пациенты с НГЗП могут иметь большое разнообразие патологических особенностей, клинических проявлений, и различных осложнений [4, 6, 7, 14].

В настоящее время нет единых подходов к лечению неспецифических спондилитов и спондилодисцитов у ВИЧ-инфицированных больных и не опубликовано достоверных проспективных, контролируемых, клинических испытаний. Среди врачей есть определенная амбивалентность в тактике лечения, и часто решение о хирургическом лечении спондилита у ВИЧ-инфицированного пациента принимается на основе общего состояния больного, стадии заболевания ВИЧ, продолжительности жизни пациента. Заявления в рамках литературы о высокой послеоперационной частоте осложнений у ВИЧ-положительных пациентов довольно противоречивы [3-5, 7-8]. Тем не менее, целью хирургического лечения неспецифических спондилитов на фоне ВИЧ-инфекции является устранение инфекции, декомпрессия позвоночного канала, восстановление и сохранение структуры и функции позвоночника, улучшение качества жизни и облегчение боли [1-3,7-10].

Гончаров Максим Юрьевич, кандидат медицинских наук, врач-нейрохирург отделения нейрохирургии. E-mail: mgmed@list.ru

Левчик Евгений Юрьевич, доктор медицинских наук, заведующий гнойным хирургическим отделением. E-mail: eylevchik@yandex.ru

Цель исследования: изучение результатов и особенностей хирургического лечения неспецифических спондилитов у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Материалы и методы исследования. В период с 2005 по 2014 гг. в Свердловской областной клинической больнице №1 на обследовании и лечении находились 260 пациентов с неспецифическими гнойными заболеваниями позвоночника, при этом 30 (11,53%) из них были ВИЧ-инфицированными. Из анамнеза нами выяснено, что 13 (43,33%) пациентов активно принимали наркотические препараты в настоящее время, 17 (56,67%) – были наркозависимыми в прошлом. В качестве основных предрасполагающих факторов, приведших к появлению боли в спине и воспалительного заболевания были выделены несколько: переохлаждение, интенсивная физическая нагрузка, инфекция в других органах и тканях организма. Средняя продолжительность заболевания спондилитов и спондилодисцитов у ВИЧ-инфицированных пациентов от момента появления первых признаков до хирургического лечения составила $41,2 \pm 1,8$ суток, у ВИЧ-негативных – $35,7 \pm 1,5$.

Первым признаком заболевания у всех пациентов было появление болевого синдрома в соответствующем отделе позвоночника. Почти 70% пациентов отметили присоединение признаков воспалительного синдрома (лихорадка, озноб) на 3-5-е сутки от момента появления вертеброгенных болей. При сборе анамнеза было выяснено, что появление вышеуказанных жалоб (болевого синдрома и лихорадки), было недооценено врачами лечебных учреждений, куда обратились пациенты и не связано с возможной патологией позвоночника. Больные наблюдались амбулаторно, без настороженности в отношении спондилита, чаще – с предварительным диагнозом остеохондроз позвоночника, без приема антибактериальной терапии, без раннего назначения стандартных лабораторных и лучевых методов обследования, и без учета ВИЧ-статуса пациента.

Все 30 больных с ВИЧ-инфекцией были молодого (от 25 до 38 лет) трудоспособного возраста. Средний возраст пациентов составил $33,4 \pm 0,8$ лет, в группе ВИЧ-негативных – $47,6 \pm 2,8$. Мужчин – 20 (66,67%) было больше, чем женщин – 10 (33,33%). Средняя продолжительность ВИЧ-инфекции на момент госпитализации была $5,7 \pm 2,1$ лет. Стоит отметить, что 9 (30%) больных не знали или сознательно утаили факт ВИЧ-инфицирования. Все больные, если они не требовали экстренной хирургической помощи, перед госпитализацией были направлены в этот центр, осмотрены врачом-инфекционистом,

определен уровень CD⁴-лимфоцитов в крови и уточнены сроки планируемого хирургического вмешательства. У 15 (50%) больных количество CD⁴-лимфоцитов составляло 400-300 клеток/мкл. Меньшую по численности группу составили пациенты, у которых число CD⁴-лимфоцитов было менее 200 клеток/мкл – 5 (16,67%). При этом трем пациентам в прошлом проведен курс специфической противовирусной ВААР-терапии.

Основной клинико-морфологической формой НГЗП в обеих группах пациентов был спондилит/спондилодисцит позвоночника, осложненный эпидуральным, пре- и паравerteбральным абсцессами. Неврологические нарушения разной степени выраженности выявили у всех больных, при этом стоит отметить, что у ВИЧ-инфицированных пациентов количество больных с неврологическими нарушениями было в среднем больше, чем у больных без ВИЧ-инфекции. Это по нашему мнению связано с большей продолжительностью заболевания у больных с ВИЧ-инфекцией. Средняя оценка интенсивности болевого синдрома по Визуальной Аналоговой Шкале боли (ВАШ) у ВИЧ-инфицированных больных составила $8,7 \pm 1,2$ балла (вариация от 5 баллов минимально до 10 баллов максимально), в контрольной группе – $7,2 \pm 2,1$. Окончательная диагностика НГЗП завершалась выполнением МРТ соответствующего отдела позвоночника.

Синдром системного воспалительного ответа (ССВО) (по R.Bone, 1992) выявлен у 20 (66,67%) больных при наличии двух и более признаков [1-3], что соответствовало показателям в группе сравнения. Показаниями для операции были: неврологические нарушения и их нарастающий характер, синдром системного воспалительного ответа, деструкция и деформация тел позвонков, стойкий болевой вертеброгенный синдром. Результаты лечения оценивали в ближайшем (перед выпиской) и отдаленном (в течение года) периодах. Для оценки результатов учитывали динамику боли (по ВАШ), неврологических нарушений (Asia Scale), синдрома системного воспалительного ответа, показатели удовлетворенности лечением пациентами (шкала Карновского), наличие послеоперационных осложнений.

Результаты исследований и их обсуждение. Все пациенты с неспецифическими спондилодисцитами были прооперированы в ближайшие сроки после госпитализации с применением различных общепринятых методик и доступов. В ряде случаев при нарастающем неврологическом дефиците оперативные вмешательства проведены в неотложном порядке. Несмотря на

наличие у пациентов синдрома системного воспалительного ответа и разные стадии воспаления (острая, подострая, хроническая), все пациенты были прооперированы преимущественно с применением радикально-восстановительных операций с целью более ранней послеоперационной активизации, сокращением сроков пребывания в стационаре и внешней ортопедической коррекции (корсет, воротник Шанца). Необходимость преимущественного выполнения радикально-восстановительных операций была обусловлена не только сроками сокращения стационарного пребывания пациентов, но и неспособностью большинства ВИЧ-инфицированных больных соблюдать рекомендованный послеоперационный ортопедический режим. Хорошие и удовлетворительные результаты хирургического лечения на момент выписки из стационара наблюдали у 27 (90%) пациентов при положительной динамике неврологического дефицита, воспалительных нарушений, низких показателях боли по ВАШ (менее 2). Эти больные отметили высокие послеоперационные показатели качества жизни (90-100 баллов). Стоит отметить, что при сравнении интегральных показателей качества жизни оперированных пациентов, имеющих ВИЧ-инфекцию (30 человек), и без нее (230 человек), ВИЧ-инфицированные больные оценивали свое качество жизни лучше ($p < 0,05$). У 3 (10%) получили неудовлетворительный исход лечения из-за нарастания или отсутствия динамики в неврологической симптоматике, который частично регрессировал к моменту выписки. Смертельных исходов не было.

При сравнении ближайших результатов лечения ВИЧ-инфицированных больных с группой сравнения (230 пациентов) отметили, что неудовлетворительных исходов в группе сравнения (12%) было несколько больше, что связано, по нашему мнению, с большим количеством пожилых больных, отягощенных сопутствующей соматической патологией ($p < 0,01$). Достоверной разницы в исходах хирургического лечения у пациентов с разным уровнем CD⁴-лимфоцитов мы не выявили. Стоит отметить, что значимой разницы в количестве послеоперационных, раневых и общесоматических осложнений в исследуемых группах пациентов нами не отмечено.

Для оценки отдаленных результатов и наблюдения за пациентами с целью выявления возможных рецидивов заболевания, им были предложены ежеквартальные контрольные явки на осмотр и обследования в течение 1 года после операции. Особенностью наблюдения за оперированными пациентами в отдаленном периоде является низкая и несвоевременная явка на

контрольные осмотры и обследование. Из 21 (70%) больных, явившихся на контрольный осмотр, у всех отмечены благоприятные отдаленные исходы лечения (сохранение обычной повседневной активности, отсутствие осложнений и прогрессирования ортопедических нарушений).

Выводы: течение неспецифических спондилодицитов у ВИЧ-инфицированных пациентов отмечается большей продолжительностью заболевания, высокими значениями интенсивности болевого синдрома и частыми неврологическими осложнениями в сравнении с ВИЧ-негативными больными. Принимая во внимание необходимость хирургических вмешательств для сохранения высокого качества жизни у ВИЧ-инфицированных больных, а также частую неспособность этих пациентов соблюдать режим лечения и выполнять рекомендации, следует выполнять одномоментные радикально-восстановительные операции. Результаты хирургического лечения неспецифических гнойных заболеваний позвоночника у ВИЧ-инфицированных пациентов и без ВИЧ, в основном, не отличаются. В большинстве случаев наблюдали хорошие и удовлетворительные исходы хирургического лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Кавалерский, Г.М.* Хирургическое лечение гнойного спондилита / *Г.М. Кавалерский, А.И. Проценко, К.В. Сотиков* и др. // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н. Приорова. 2006. № 2. С. 37-40.
2. *Морозов, А.К.* Диагностика неспецифических воспалительных заболеваний позвоночника / *А.К. Морозов, С.Т. Ветрилэ, Д.А. Колбовский* и др. // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н. Приорова. 2006. № 2. С. 32-37.
3. *Онищенко, Г.Г.* ВИЧ-инфекция – проблема человечества // ВИЧ инфекция и иммуносупрессии. – СПб., 2009. Т. 1, № 1. С. 5-9.
4. *Рахманова, А.Г.* ВИЧ инфекция / *А.Г. Рахманова, Е.Н. Виноградова, Е.Е. Воронин, А.А. Яковлев.* – СПб.: Издательство ССЗ, 2004. 695 с.
5. *Dimar, J.R.* Treatment of pyogenic vertebral osteomyelitis with anterior debridement and fusion followed by delayed posterior spinal fusion / *J.R. Dimar, L.V. Carreon, S.D. Glassman* et al. // Spine. 2004. Vol. 29. P. 326-332.
6. *Fayazi, A.H.* Preliminary results of staged anterior debridement and reconstruction using titanium mesh cages in the treatment of thoracolumbar vertebral osteomyelitis / *A.H. Fayazi, S.C. Ludwig, M. Dabbah* et al. // Spine. 2004. Vol. 4. P. 388-395.
7. *Houten, J.K.* Pyogenic osteomyelitis of the spine / *J.K. Houten, P.R. Cooper* // Contemporary neurosurgery. 2000. Vol. 22. P. 1-5.
8. *McHenry, M.C.* Vertebral osteomyelitis: long-term outcome for 253 patients from 7 Cleveland-area hospitals / *M.C. McHenry, K.A. Easley, G.A. Locker* // Clin. Infect. Dis. 2002. Vol. 34. P. 1342-1350.

9. *Ruf, M.* Treatment of vertebral osteomyelitis by radical debridement and stabilization using titanium mesh cages / *M. Ruf, D. Stoltze, H.R. Merk et al.* // *Spine*. 2007. Vol. 32. P. 275-280.
10. *Tay, B.K.* Spine infections / *B.K. Tay, J. Deckey, S.S. Hu* // *J. Am. Acad. Orthop. Surg.* 2002. Vol. 10. P. 188-197.

EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF NONSPECIFIC SPONDYLITIS AT HIV-POSITIVE PATIENTS

© 2014 M. Yu. Goncharov¹, E.Yu. Levchik²

¹ Sverdlovsk Regional Clinical Hospital No. 1

² Sverdlovsk Regional Clinical Psychoneurological Hospital for Veterans of All Wars

One of possible options of the accompanying infectious inflammatory processes at HIV-positive patients are nonspecific purulent diseases of a backbone. The purpose of surgical treatment of nonspecific spondylitis against HIV-infection is elimination of infection, decompression of the vertebral channel, restoration and preservation the structure and function of a backbone, improvement the life quality and pain relief. Results of surgical treatment of nonspecific purulent diseases of a backbone at HIV-positive patients and without HIV, generally don't differ, and, in most cases we observed good and satisfactory outcomes of treatment.

Key words: *spondilodiscitis, HIV-infected, surgical treatment*

Maxim Goncharov, Candidate of Medicine, Neurosurgeon at the Neurosurgery Department. E-mail: mgmed@list.ru
Evgeniy Levchik, Doctor of Medicine, Chief of the Purulent Surgery Department. E-mail: eylevchik@yandex.ru