Воспалительные поражения позвоночника

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A18.0, A23, B67.2, B67.6, M46.1, M46.2, M46.3, M46.4 · Ассоциация травматологов-ортопедов России, Общероссийская общественная организация "Союз реабилитологов России", Межрегиональная общественная организация «Ассоциация хирургов-вертебрологов»

Воспалительные инфекционные поражения позвоночника — группа состояний с поражением позвонков, дисков, связок и суставов позвоночника, включая гематогенные, контактные, посттравматические и послеоперационные варианты. Главное в практике: подтвердить инфекционную природу бактериологически, оценить неврологические и ортопедические осложнения, вовремя начать антибактериальную терапию и определить показания к операции.

Главное

- Достоверный диагноз инфекционного спондилита требует бактериологического подтверждения; диагноз ставят по совокупности клиники, лабораторных данных, визуализации, морфологии и микробиологии.
- Типичные жалобы: температура выше 38 °C, постепенно нарастающая боль в спине, плохо отвечающая на анальгетики и не зависящая от положения, корешковая боль, парез/плегия, чувствительные нарушения или расстройства тазовых функций.
- Для верификации возбудителя всем пациентам нужны посевы: кровь на стерильность при острых неспецифических формах и посев биопсийного/операционного материала из абсцесса, зоны инфильтрации, деструкции позвонка или свища. УУР А, УДД 2.
- Антибиотики по возможности откладывают до забора материала; при сепсисе, гемодинамической нестабильности или прогрессирующем неврологическом дефиците эмпирическую терапию начинают сразу. УУР С, УДД 5.
- Неосложненные инфекционные поражения лечат антибиотиками 6 недель; при недренированных паравертебральных абсцессах или устойчивых возбудителях возможно до 8 недель, при обширном костном поражении — до 12 недель индивидуально. УУР С, УДД 5.
- Показания к операции: паравертебральные абсцессы и гнойные затеки, неэффективность антибиотиков, компрессия спинного мозга с появлением/прогрессированием или сохранением неврологических нарушений, хронический спондилит с болями, свищами, температурой, деформацией или лабораторной активностью. УУР С, УДД 5.
- После неспецифического спондилита диспансерное наблюдение проводят 12 месяцев; первые 6 месяцев травматолог-ортопед и невролог осматривают пациента 1 раз в 2 месяца. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Соберите жалобы и анамнез у всех пациентов с диагностической целью. УУР С, УДД 5.
2. При осмотре оцените температуру, деформацию, признаки нестабильности, боль при пальпации и движении; боль фиксируйте по ВАШ, неврологический статус — по Frankel. УУР С, УДД 5.
3. Назначьте общий анализ крови, биохимический общетерапевтический анализ, прокальцитонин и С-реактивный белок для оценки системного воспалительного ответа. УУР С, УДД 5.
4. До антибиотиков, если возможно, выполните посев крови на высоте лихорадки; при отрицательных посевах крови и подозрении на спинальную инфекцию — биопсию с морфологией и посевом материала. УУР А, УДД 2.
5. При подозрении на туберкулез позвоночника исследуйте гнойное отделяемое и патологический материал на Mycobacterium tuberculosis культурально и методом ПЦР, с определением чувствительности к противотуберкулезным препаратам. УУР А, УДД 2.
6. Визуализация: рентгенография позвоночника всем для ориентировочной оценки деструкции и деформации; КТ всем для костной деструкции; МРТ при неврологическом дефиците, для канала, спинного мозга, паравертебральных тканей и ранних изменений при нормальной КТ.
7. Консультации: невролог — всем; уролог — при тазовых нарушениях, почечной недостаточности или инфекции мочевых путей; клинический фармаколог — при резистентной флоре, назначении более 5 препаратов или сепсисе. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Всем пациентам проводят комплексное консервативное лечение: антибактериальную, противовоспалительную и иммунокорригирующую терапию, инфузионную терапию по показаниям и ортезирование. УУР С, УДД 5.
- Консервативная тактика ведущая при ограниченной деструкции без угрозы осложнений, при остром процессе без признаков сдавления спинного мозга и абсцессов, а также при высоком риске инвазивного лечения из-за тяжелых сопутствующих заболеваний. УУР С, УДД 5.
- При нестабильности позвоночника и болевом синдроме используют съемный ортез; модульный — без деформации, индивидуально моделируемый — при деформации. УУР С, УДД 5.
- Этиотропные антибиотики назначают по результатам посева крови и/или биопсийного материала с учетом чувствительности возбудителя. УУР С, УДД 5.
- Эмпирическая схема при сепсисе, гемодинамической нестабильности или прогрессирующем неврологическом дефиците: ванкомицин в комбинации с цефотаксимом 2 г в/в каждые 6 ч, или цефтазидимом 1–2 г в/в каждые 8–12 ч, или цефтриаксоном 2 г в/в каждые 24 ч, или цефепимом 2 г в/в каждые 12 ч, или ципрофлоксацином 400 мг в/в каждые 12 ч либо 500–750 мг внутрь 2 раза в день. УУР С, УДД 5.
- Если за 3–4 недели эмпирической терапии нет объективного улучшения — не снижаются маркеры воспаления, сохраняются лихорадка и дискомфорт в спине — следует рассмотреть повторную чрескожную пункционную или открытую хирургическую биопсию для поиска возбудителя.
- При туберкулезном спондилите основной курс химиотерапии: не менее 12 месяцев при чувствительных и монорезистентных штаммах M. tuberculosis, не менее 18 месяцев при мультирезистентных; без предварительного исследования лекарственной чувствительности ПТХТ не начинают. УУР С, УДД 5.
- Хирургическое лечение включает санацию, фистулоабсцессэктомию, декомпрессию, реконструкцию и/или стабилизацию; самостоятельная декомпрессивная ламинэктомия допустима только при неврологических нарушениях давностью менее 48 часов и доказанной компрессии спинного мозга. УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализируйте при клинике острого инфекционного поражения позвоночника, неврологических осложнениях, некупируемой боли при подостром/хроническом течении, нестабильности позвоночника на фоне деструкции, сопровождающейся болевым синдромом и деформацией и ухудшающей качество жизни, или хронически функционирующем свище более 3 месяцев.
- Выписка после острого инфекционного спондилита возможна при купировании острого воспаления, нормализации СОЭ, СРБ и лейкоцитарной формулы, отсутствии признаков инфекции в зоне операции и боли, не требующей инъекционных анальгетиков или не выше 3 баллов ВАШ.
- Больных туберкулезным спондилитом после стационара ведут в противотуберкулезном диспансере; хирургическое лечение туберкулеза позвоночника проводят в специализированных отделениях федеральных НИИ и стационаров ПТД.
- При острой параплегии до 48 часов у пациента с туберкулезом позвоночника экстренную операцию проводят в любом нейрохирургическом отделении.
- При осложнениях после лечения наблюдение продолжают у профильных специалистов: хирург/травматолог-ортопед/нейрохирург при свищах, нестабильности и деформации; невролог, уролог и врач реабилитации при миело- или радикулопатии.

Частые вопросы

Можно ли начинать антибиотики до биопсии при подозрении на инфекционный спондилит?

По возможности нет: антибиотики лучше отложить до бактериологического исследования биопсийного материала. Исключения — сепсис, гемодинамическая нестабильность и прогрессирующие неврологические нарушения.

Какая визуализация наиболее важна при раннем спондилите?

МРТ позволяет выявлять ранние изменения уже на 2–3 сутки: отек костного мозга, эпидуральные и паравертебральные абсцессы. При длительности заболевания менее 2 недель информативность МРТ указана как 55%, при большей длительности — 76%.

Что делать, если посев крови отрицательный?

При подозрении на спинальную инфекцию с отрицательными посевами крови желательно выполнить биопсию с морфологическим исследованием. При обострении или хроническом процессе на фоне предшествующих антибиотиков биопсию проводят через 1–2 недели после их отмены.

Когда контроль антибиотикотерапии считать неблагоприятным?

Через 4 недели оценивают СОЭ и С-реактивный белок. Если показатели не снизились или стали выше исходных, это указывает на возможную неэффективность терапии.

Как вести послеоперационную инфекцию при наличии имплантов?

Нужны активная санация зоны вмешательства, при необходимости VAC-терапия, длительные антибиотики и бактериологическое исследование материала. Стабильные импланты при ранней инфекции до 3 недель сохраняют, нестабильные удаляют с последующей рестабилизацией после купирования воспаления, при поздней инфекции более 90 суток импланты удаляют.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/831-vospalitelnye-porazheniya-pozvonochnika. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/831_1